

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N^o

231

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Mars 1897, à 4 heures,

PAR

Raphaël RAIMONDI

Né à Paris, le 1^{er} Mars 1871.

Ancien interne de l'Hôpital de Versailles.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance Publique.

LES

KYSTES DES LIGAMENTS LARGES

Président : M. TERRIER,

Juges : } MM. TERRIER,
DELENS, BONNAIRE, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE CHARLES NOBLET & FILS

13, rue Cujas, 13.

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N^o 231

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Mars 1897, à 1 heure,

PAR

Raphaël RAIMONDI

Né à Paris, le 1^{er} Mars 1871.

Ancien interne de l'Hôpital de Versailles.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

Médaille de bronze de l'Assistance Publique.

LES

KYSTES DES LIGAMENTS LARGES

Président : M. TERRIER,

*Juges : } MM. TERRIER,
DELENS, BONNAIRE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE CHARLES NOBLET & FILS

13, rue Cujas, 13

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale.	{ HUTINEL.
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TERRIER
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY
Hygiène.	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	N.
	DIEULAFOY.
Clinique médicale	{ POTAIN
	JACCOUD
	HAYEM
	GRANCHER
Maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	TILLAUX
Clinique chirurgicale	{ BERGER
	DUPLAY
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON
Clinique ophtalmologique.	PANAS
Cliniques d'accouchements.	{ TARNIER
	PINARD

Professeur honoraire :

M. PAJOT

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE	THIERY
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THOINOT
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	TUFFIER
BAR	TOURETTE	NETTER	VARNIER.
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	WALTHER
BROCA	HARTMANN	trav. anatomiques	WEISS
CHANTEMESSE	HEIM	RETFERER	WIDAL
CHARRIN	LEJARS	RICARD	WURTZ
CHASSEVANT	LETULLE	ROGER.	
DELBET	MARFAN.	SEBILLEAU	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR RAIMONDI

ET A MA MÈRE

LES KYSTES DES LIGAMENTS LARGES

HISTORIQUE

C'est à partir de 1825 que l'on commence à connaître les kystes des ligaments larges, par le mémoire de Velpeau (lu à la Société philomatique) sur les « kystes rudimentaires extra-ovariques ».

Treize ans plus tard, Richard Bright décrit les petits kystes des ligaments larges sans en fixer l'origine.

En 1844, les affirmations de Cazeaux firent subir un moment d'arrêt à l'étude de la symptomatologie de ces kystes. Il prétendit, opinion d'ailleurs qui sera reprise plus tard, qu'il est impossible de les distinguer de ceux qui ont pris naissance dans l'ovaire et qu'ils n'ont aucun intérêt, les indications thérapeutiques étant les mêmes.

Jusqu'alors, les chirurgiens s'étaient peu occupé des origines des kystes des ligaments larges. Follin, le premier, dans sa thèse de doctorat, en 1850, constate qu'ils sont formés par l'accumulation d'un liquide secrété dans les canalicules qui forment le corps de Rosenmuler.

L'année suivante, Bird, faisant leur anatomie pathologique, énonce les caractères généraux du liquide qu'ils contiennent en disant « qu'il est fluide, clair comme de l'eau, d'une faible densité, salé et sans albumine ».

En 1852, le 3 novembre, Verneuil lit à la Société de chirurgie un mémoire sur les « kystes de l'organe de Volff dans les deux sexes ».

Nous trouvons dans le t. II, p. 46, du *Traité des tumeurs*, de Broca, des exemples de ces kystes.

Plus tard, en 1864, Herrera Vegas fait dans sa thèse de doctorat (Paris), intitulée : « Étude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie », l'anatomie pathologique des ligaments larges.

Kœberlé publie en 1873, dans la *Gazette de Strasbourg*, deux cas de kystes des ligaments larges qu'il était arrivé à diagnostiquer. Son diagnostic fut confirmé par l'ovariotomie. Peu à peu, la question est mieux connue et, en 1875, le professeur Panas tente de faire adopter la méthode des ponctions. Il lit le 10 mars, à l'Académie de médecine, un mémoire basé sur cinq observations, dans lequel il constate la facilité avec laquelle les kystes des ligaments larges guérissent par la simple ponction. A partir de ce moment, les communications, les observations, les mémoires deviennent de plus en plus nombreux. Le professeur Duplay, dans le *Progrès*

médical de janvier 1879, trace les symptômes, les éléments de diagnostic, émet son avis sur les traitements de ces kystes, à propos desquels Lesavre présente sa thèse inaugurale.

Depuis cette époque l'on s'en est fort peu occupé en France.

Citons la thèse de Castaneda y Triena (Paris, 1882) et l'excellente thèse de Lasalle (Montpellier, 1891), celle de Girerd (1894) dont le titre est : des « Kystes du parovaire avec persistance du canal de Gartner ». Variété dont s'est occupé récemment Legueu. Un des premiers, Terrier, avec Terrillon et Just Lucas-Championnière, combat, dans différentes discussions de la Société de chirurgie en 1882, 1883, 1887, les vieux procédés de la ponction simple et de la ponction suivie d'injection iodée, que Panas et Duplay avaient mis en honneur. Terrillon fit en outre de nombreux travaux sur cette question; nous aurons l'occasion d'en parler souvent au cours de notre travail.

Lorsque la chirurgie acquit plus de certitude, elle devint plus hardie; aussi, les opérations devenant plus fréquentes, la connaissance des kystes des ligaments larges sera de plus en plus parfaite. En France, nous ne possédons pas encore d'étude complète de ces kystes, qui les définisse nette-

ment; c'est de l'étranger, surtout, que la question d'ensemble est le mieux exposée.

En Angleterre, les meilleurs travaux sont ceux de Spenier Wells de Lawson-Tait.

Bantoch écrit un court mémoire où il étudia le développement de ces kystes, leurs rapports avec le péritoine, l'ovaire et la trompe.

Matews résume les caractères de ces kystes sous le titre : d' « hydropisie paraovarique ».

Doran fit de consciencieuses études histologiques, que nous discuterons.

En Allemagne, citons surtout les travaux de Spiegelberg, Schatz, Gusserow, Schröder.

Bleckwenn fit, en 1878, sa thèse inaugurale sur le sujet qui nous intéresse.

Olshausen, qui connaît bien les kystes des ligaments larges, est d'avis qu'on peut les diagnostiquer dans la majorité des cas. Winckel en présente des dessins d'une grande précision. Fischel a étudié leur structure.

Sanger, dans les *Archives fur gynécol*, a décrit une variété de traitement.

Ampt, en 1875, dans le *Central Blatt fur gynécol*, donne une description de l'histologie du parovaire et des kystes des ligaments larges.

En Amérique, nous devons une remarquable étude à Washintgon Atlee. Il ne nous faut pas

omettre la communication de Julius T. Miner qui proposa au congrès de Philadelphie le traitement par énucléation. Doege, dans le *Médical Record*, de 1895 (T. II, p. 372), a fait un bon travail à ce sujet.

Goodell, dans l'*American, j. of obstetric* 1888, fait une étude des plus intéressantes et des mieux documentées.

Baër dans les *Transaction of the obstetric society of Philadelphia*, relate l'observation d'un kyste non papillomateux.

En Belgique, Depage, Godard Vindevogel ont écrit sur les kystes des ligaments des mémoires qui nous ont été très profitables.

En Suisse, nous ne trouvons guère à signaler que Kocher qui, dans le *Corresp. Blatt f. Schweiz Aerzt*, 1880, a insisté sur le diagnostic des kystes parovariques.

DÉFINITION

Nous entendons par kystes des ligaments larges, des kystes situés au voisinage de l'ovaire dans l'organe dit ligament large. Ces kystes sont formés soit aux dépens de cet organe, soit aux dépens des organes fœtaux qu'il contient.

Cette définition élimine donc les kystes ovariens inclus dans le ligament large, ces kystes n'étant que

des kystes ovariens, tant au point de vue de l'évolution qu'au point de vue anatomo-pathologique. D'autre part, les kystes ovariens intra-ligamenteux ne représentent ni des kystes proprement dits des ligaments larges, ni des dégénérescences d'ovisacs appartenant à des ovaires accessoires. Leur origine mixte : vestiges fœtaux et tissu ovarien, expliquerait, selon Goodell (*Ann. gyn.*, 1888, p. 309), ce triple caractère : multilocularité, bourgeonnement papillomateux, capsule constituée par les ligaments larges. Insistant sur la distinction qui doit être faite entre les kystes proprement dits du ligament large, et les kystes ovariens intra-ligamenteux, je dirai que, pour Doran, ces derniers proviennent par transformation morbide de vestiges fœtaux erratiques perdus dans le hile de l'ovaire.

Pour De Sinéty et Malassez les kystes ovariens intra-ligamenteux sont le résultat d'une dégénérescence folliculaire de tissu ovarien supplémentaire. Quant à Coblenz, il admet que les kystes ovariens intra-ligamenteux dérivent de tubes glandulaires situés dans la région des ligaments larges, limitée en haut par la portion interne de la trompe, en bas par le ligament de l'ovaire, en dedans par l'utérus, en dehors par le parovarium.

Enfin ces kystes ont deux pédicules, comme on peut le voir dans une observation que nous publions.

Il y a donc dissemblance absolue entre ces deux variétés de kystes, c'est pourquoi nous n'admettons pas que l'on doive en faire leur étude avec celle des kystes des ligaments larges.

ORIGINES ET DÉVELOPPEMENT

Nous allons mentionner quelles sont les opinions émises jusqu'à maintenant sur l'origine et le développement des kystes des ligaments larges, et nous dirons ensuite quelles sont celles qui nous semblent avoir le plus de valeur.

Castaneda y Triena dit que l'on trouve des kystes dans deux endroits des ligaments larges : les uns sont appendus près des franges, ils sont de la grosseur d'une lentille et pourvus d'un pédicule quelquefois long de 5 centimètres, c'est l'hydatide de Morgagni qui existerait une fois sur cinq d'après Lusihka. Les autres sont situés sur le trajet des canalicules de Rosenmuller, ceux-là, dit-il, sont les vrais kystes des ligaments larges. Ils sont de deux ordres : les uns sont logés entre les feuillets des ligaments, ils sont sessiles, les autres sont munis d'un pédicule grêle.

Waldeyer croit que les kystes placés en dedans du corps de Rosenmuller se développent dans le reste de la portion urinaire du corps de Wolff. Ce n'est pas, comme nous allons le voir par là suite,

l'avis de Girerd qui prétend qu'ils se développent aux dépens de la portion génitale du corps de Wolff. Fœrster a suivi le développement des kystes de ligaments larges, depuis la dilatation d'un canalicule de Rosenmuller jusqu'à la vésicule close.

Bantock a démontré aussi cette origine et leur développement successif.

Tous les auteurs n'octroient pas cette origine aux kystes des ligaments larges.

Baker, trouvant dans une ovariectomie un kyste qui n'avait aucune connexion avec l'ovaire, le considéra comme un ovule détaché de l'ovaire et tombé dans la cavité péritonéale ou il s'était développé.

Schatz croit qu'une vésicule de Graaf dégénérée et développée dans l'épaisseur du ligament large peut donner lieu aux kystes dont nous parlons.

Virchow n'admettait pas leur origine dans les canalicules du corps de Rosenmuller parce qu'ils contiennent de l'épithélium vibratile. A cette époque Waldeyer n'avait pas démontré l'existence de cellules vibratiles dans ces canalicules.

En ce qui concerne le développement, Paul Broca disait que, du moment où la lumière du canal disparaît, il se forme une cavité close dans laquelle s'accumule les productions épithéliales et les exsudations vasculaires; dès lors la poche se distend, le kyste est formé et les parois kystiques s'hypertro-

phient. Selon Lesavre, c'est uniquement aux dépens des canalicules de l'organe de Rosenmuller que se développent ces kystes ; il combat l'opinion de ceux qui ont admis qu'ils pouvaient être produits par l'accumulation du liquide dans des cavités accidentelles formées aux dépens du tissu cellulaire de cette région par un mécanisme analogue à celui qui engendre les bourses séreuses sous-cutanées. Il est de l'avis de Verneuil qui n'attribue aux kystes proprement dits qu'une seule et unique origine, l'élément glandulaire.

Alban Doran, à la suite de recherches, a remarqué la fréquence des kystes des ligaments larges étrangers au parovarium. Pour lui :

a). Les grands kystes papillomateux des ligaments larges, analogues à ceux de l'ovaire naissent évidemment des tubes verticaux du parovarium, reste du corps de Wolff.

b). Les kystes à parois minces ont une origine toute différente : une variété de petits kystes séreux à parois minces, tapissés de cellules plates ressemblant à un épithélium se développent :

1° Aux dépens du tissu connectif sous-péritonéal interposé aux feuillets du ligament large, ils sont fréquents.

2° Une autre espèce est sous-jacente aux feuillets de la trompe. C'est une rareté.

Doran compare ces kystes à parois minces, à ceux qui se développent dans le péritoine, kystes épiploïques, kystes mésentériques, kystes sous-séreux de l'intestin grêle, kystes qui se développent dans les feuillets du mésentère ou à la surface de l'intestin. Dans certains cas on voit facilement que ces kystes quoique développés dans les ligaments larges sont indépendants du corps de Rosenmuller.

c). Il existe encore une variété de kystes développés aux dépens de la portion la plus externe du parovarium, appelée conduit de Kobelt. Mais Doran a pu souvent surprendre le développement de ces kystes à leur origine. Les uns commencent généralement en dehors du parovarium, vers la racine de la frange tubaire ou ligament tubo-ovarien ; les autres, au contraire, naissent au voisinage de l'extrémité ovarique de ce ligament.

e). Enfin, il existe des kygromas sous-séreux ou kystes lacunaires développés à la périphérie des vrais kystes ou des myomes utérins, et qui n'ont d'autre origine qu'un décollement autour de ces tumeurs.

Doran conclut avec Kilian (*Arch. fur gyn.*, 1885) « pour établir l'origine paraovarique d'un kyste, il est important de déterminer non seulement la structure anatomique, mais son siège par rapport à la trompe ».

Spencer, Wells et Meadows les attribuent à des ovules qui se sont égarés dans le tissu cellulaire que l'on rencontre au-dessous du hile de l'ovaire.

Boinet et Ferrand rangent sous la dénomination de kystes paraovariques non seulement les productions kystiques des tubes de Rosenmuller, mais encore celles qui, n'ayant pas la même origine, ont cependant le même siège.

Terrillon (*Ann. gyn.*, 1885, p. 428) écrit : « Nous admettons volontiers que les ligaments larges puissent être le siège de tumeurs kystiques de différente nature et d'origine multiple, reconnaissant, toutefois, que l'espèce la plus fréquente est celle à liquide limpide, non filant, pour laquelle nous proposons de réserver à l'exemple de Bantock, Bird, Duncan Duplay le nom de paraovarique, c'est-à-dire nés du parovaire ou de l'organe analogue appelé corps de Rosenmuller. Ce sont les kystes séreux du ligament large ».

Pour Kœberlé, ils proviennent, soit de la vésicule terminale du parovarium, soit de ses canalicules. Dans le premier cas, ils peuvent être pédiculés et alors ils n'atteignent jamais un volume considérable. Dans le second cas, ils peuvent contenir jusqu'à vingt litres de liquide. Ils sont développés alors dans l'épaisseur du ligament large et recou-

verts, de toute part, par une couche de tissu sous-péritonéal très lâche.

Just Lucas-Championnière (Soc. de chir., séance du 4 juill. 1883) est d'avis que les kystes paraovariens sont des kystes sans pédicule, étalés à la surface des ligaments larges, mais sont développés dans leur épaisseur.

Girerd (Thèse doct., Paris, 1894) dit : « Outre le corps de Rosenmuller constant chez la femme, on trouve assez fréquemment des débris du canal de Wolff qui portent alors le nom de canal de Gœrtner. Le canal occupe, quand il existe, une situation bien définie dans le ligament large et il est facilement reconnaissable par ses caractères histologiques et sa direction opposée à celle de l'uretère. Son existence est une preuve pour Girerd, en faveur de la théorie du développement des kystes du parovaire aux dépens des restes de la portion génitale et non urinaire du corps de Wolff.

Selon Malassez et De Sinéty, l'origine de ces kystes a lieu dans les ovaires surnuméraires et non dans l'organe de Rosenmuller.

Nous devons reconnaître que la grande majorité des kystes des ligaments larges a pour origine l'organe de Rosenmuller. Ces kystes peuvent être formés soit aux dépens des canalicules de l'organe de Rosenmuller, soit aux dépens de la portion la plus

externe du parovarium, appelée conduit de Kobelt. L'extrême fréquence de cette origine fait comprendre la synonymie de kystes des ligaments larges et kystes paraovariques.

Ils proviennent quelquefois des hydatides de Morgagni. Dans ce cas, ils sont petits.

Ce sont encore de petits kystes des ligaments larges que ceux formés aux dépens du tissu connectif sous-péritonéal, interposé aux feuillets du ligament large. Ceux-là sont fréquents.

Girerd et Leguen ont fort bien montré la provenance de la portion génitale du corps de Wolff, pour certains kystes des ligaments larges formés aux dépens du canal de Gœrtner.

Enfin, nous admettons les kygromas sous-séreux ou kystes lacunaires de Doran comme kystes des ligaments larges.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il faut de suite faire deux grandes divisions :

1° Les kystes du parovarium et les kystes à parois lisses ;

2° Les kystes papillomateux.

Les *kystes du parovarium et les kystes à parois lisses* ont une forme le plus généralement arrondie.

L'*unilocularité* est certainement une particularité de ces kystes ; mais nous avons maintenant de

nombreux exemples de tels kystes, multiloculaires, bien que Goodell (*loc. cit.*) dit que « les kystes du ligament large sont essentiellement uniloculaires ».

Atlee, un des premiers, trouva dans un kyste extirpé un autre petit kyste.

Fischel extirpa un kyste qui coiffait un autre et ne communiquait pas avec lui.

De Sinéty a rencontré souvent sur certains points des parois de la poche principale de petites cavités secondaires. Herrera Vegas, Winckel, Troisier mentionnent des cas analogues qui peuvent servir à expliquer des récidives, le second kyste pouvant se développer après la guérison du premier.

H. Hartmann, chez une malade, a rencontré une semblable particularité.

Citons un pareil cas de Kæberlé.

Ajoutons que Olshausen, Thornton, Lawson-Tait. Spiegelberg ont rapporté des observations de kystes parovariens multiloculaires.

D'après les chiffres de la statistique de Péan, il semble résulter que les poches à plusieurs loges sont assez fréquentes : dans 53 cas, il a rencontré 24 kystes uniloculaires, 25 kystes multiloculaires, 4 aréolaires.

Ces kystes aréolaires sont donc rares. Selon Péan « les kystes du parovarium peuvent, comme ceux de l'ovaire, présenter toutes les variétés, depuis le

kyste simple uniloculaire, à contenu limpide, jusqu'au kyste multiloculaire et aréolaire à contenu hématique et purulent. »

Atlee (Thèse de Lesavre, p. 18) décrit ainsi ce qu'il nomme *kystes concentriques* : « Dans une première poche très vasculaire, au milieu d'un liquide (dont il ne donne pas les caractères), se trouvait, dans les deux cas qu'il rapporte, un second kyste à parois minces, contenant un liquide clair comme de l'eau de roche. Le kyste intérieur n'avait d'autre point commun avec le kyste extérieur que le pédicule. » Voici l'explication qu'il donne de ces deux faits : « Un kyste développé dans les restes du corps de Wolff, entre les deux feuillets du ligament large, laisserait sortir par exhalation une certaine quantité de liquide qui serait retenue par la membrane péritonéale dont la surface externe n'est pas apte à l'absorption. » Retenons néanmoins que la multilocularité peut fort bien exister, contrairement à l'opinion de Lesavre qui écrit : « les kystes parovariens sont « toujours » uniloculaires et c'est là un caractère important, car, ajoute l'auteur, cette unilocularité est extrêmement rare dans les kystes d'origine ovarique, et même plusieurs chirurgiens la nient d'une manière absolue. » Il ajoute que MM. Malassez et De Sinéty n'ont jamais rencontré un seul de ces derniers qui fut véritablement uniloculaire.

Volume.— Très variable. Ceux qu'il est impossible de diagnostiquer ont le volume d'un grain de millet.

Parmi ceux qu'il est aisé de diagnostiquer il en est qui développent l'abdomen au point de lui donner l'aspect du ventre d'une femme enceinte arrivée au neuvième mois.

Ils contiennent en général de 8 à 10 litres. Wincel en a extirpé un contenant 14 litres et demi de liquide. Bleckwenn a retiré 25 litres de liquide d'un kyste du ligament large.

Péan, sur 39 cas, a trouvé dans 7 moins de 10 litres; dans 25, de 10 à 20 litres et dans 7 autres de 20 à 30 litres. Reverdin (*Mev. Réd. de la Suisse Romande*, 1887) a rapporté l'observation d'un kyste parovarien qui contenait 40 litres de liquide.

Pédicule. — Il fait presque constamment défaut. Parfois les kystes adhèrent tellement aux bords latéraux et au fond de l'utérus que souvent on a dû réséquer cet organe pour enlever le kyste lui-même. Les gros kystes ont en général un pédicule très large; dans les kystes à parois minces, le pédicule est grêle; d'autres fois il est si large qu'il n'existe pas.

Laroche (Thèse, Paris, 1896) : « Généralement les kystes parovariens n'ont pas de pédicule vasculaire, ou bien, s'il en existe, il n'est constitué que

par des vaisseaux du ligament large ou de l'ovaire et de la trompe. »

Dans nos observations signalons :

Obs. III. — M. le docteur Broca lie un pédicule lamelliforme.

Obs. IV. — M. le docteur H. Hartmann ne trouve pas de pédicule, et comme la décortication avec l'ongle menace d'être interminable, le kyste se prolonge plus bas vers le plancher pelvien, il ne poursuit pas la décortication jusqu'en bas et laisse en place le fond du kyste.

Obs. VII. — M. le docteur Quénu ne trouve pas non plus de pédicule.

Obs. VIII. — M. le docteur Hartmann ne constate à proprement parler aucun pédicule, il descend jusqu'en arrière du cul-de-sac post-vaginal.

Obs. IX. — M. le professeur Terrier ne rencontre pas de pédicule.

Obs. X. — M. le professeur Terrier arrive à extirper la totalité de la poche sans trouver de pédicule en aucun point.

Obs. XI. — M. le professeur Terrier peut faire la pédiculisation à l'aide de gros fils de soie.

Rapports avec les organes voisins. — Le kyste en se développant a pour premier effet de déplier les ligaments larges. Ce déplissement varie suivant le développement de la tumeur.

Dans certains cas les parois des ligaments peuvent rester appliquées l'une contre l'autre au-dessous de la tumeur, disposition éminemment favorable à l'ablation.

D'autres fois les ligaments peuvent être complètement dépliés et la tumeur est en contact immédiat avec les plans vasculaires du bord inférieur de ces ligaments. Avec Terrillon nous admettons que la tumeur peut suivre deux directions différentes :

1° Tantôt elle descend de plus en plus, occupant ainsi le petit bassin et ayant tendance à venir en contact avec l'utérus et la vessie d'une part, et de l'autre avec les parois mêmes du bassin, le rebord du détroit supérieur et les vaisseaux iliaques.

2° Tantôt, au contraire, les feuillets du ligament large ne sont pas également distendus, on peut alors voir à un moment donné le feuillet qui est repoussé, ne plus être suffisant pour recouvrir complètement la tumeur.

Si le feuillet antérieur est surtout atteint, la tumeur dissèque le péritoine pariétal, s'avance derrière les muscles de la paroi abdominale, elle peut même atteindre le voisinage de l'ombilic.

« Supposons, dit Lesavre (*loc. cit.*), que le feuillet postérieur soit seul soulevé ; dans cette direction la tumeur rencontre le sacrum et va, en soulevant le

péritoine, s'appliquer contre la partie terminale du rachis. Si elle a pris origine du côté gauche, elle ira rencontrer le feuillet du mésentère, s'infiltrera dans son épaisseur et arrivera ainsi au contact de l'intestin grêle; elle pourra acquérir des rapports intimes avec le rectum et l'S iliaque. Dans le cas où la tumeur occupera primitivement le ligament large du côté droit, elle pourra se mettre en contact avec le cœcum, le soulèvera en le poussant en avant et en haut contre la paroi de l'abdomen. La tumeur pourra encore s'élever plus haut, pour atteindre la région des reins. Il existe des cas rares où la tumeur a dédoublé les feuillets du ligament large du côté opposé. »

On a vu de ces kystes se prolonger jusque dans le vagin, par suite de l'existence du canal excréteur du corps de Wolff se prolongeant jusque dans le vagin.

Obs. VI. — Le kyste se prolonge très bas, vers le plancher pelvien.

Obs. VII. — La tumeur s'avance plus loin que la ligne médiane; elle refoule l'utérus à droite, débordant son fond et remplissant presque toute la cavité pelvienne.

Obs. VIII. — En pénétrant dans la poche, on peut descendre jusqu'en arrière du cul-de-sac vaginal postérieur et des culs-de-sac latéraux, ce que

l'on constate parfaitement, grâce au doigt vaginal de l'aide.

Dans un cas de Goodell (*loc. cit.*), le kyste poussait des prolongements jusque hors de la vulve.

La tumeur peut se souder aux os du bassin.

Après l'étude de cette évolution, considérons la position de chacun des organes du bassin et de l'abdomen.

Rapports avec l'ovaire. — Quand le kyste a déplissé l'aileron de l'ovaire, ses parois touchent le hile et la tumeur, continuant à se développer, porte l'ovaire sur un de ses côtés.

Castaneda cite un cas où l'ovaire en est séparé par une étendue de 4 à 5 centimètres.

L'ovaire peut être séparé de la paroi externe du kyste par des tissus cellulo-fibreux.

Il est quelquefois adhérent à la base du kyste et l'on est forcé de l'enlever avec.

Dans deux cas de Terrillon, l'ovaire, d'apparence normale, était situé sur les côtés du kyste, mais on pouvait l'enlever.

État de l'ovaire. — Nous avons fait observer, comme l'a remarqué H. Hartmann, que toujours les kystes à parois lisses s'accompagnent de lésions des ovaires ou des trompes, ou des deux. Avant d'étudier nos observations, faisons savoir que, selon Lesavre (*loc. cit.*, p. 22), dans tous les cas

l'ovaire a été trouvé sain, sans altération kystique. Une fois, il a paru un peu plus volumineux qu'à l'état normal. Une autre fois, il a présenté une légère atrophie.

Dans un cas de Cauchois (*Bull. et Mém. Société Chirurg.*, 1885, p. 608), l'ovaire enlevé avec le kyste à la base duquel il était adhérent présentait un petit kyste gros comme un pois et les traces de la dernière menstruation.

Lucas-Championnière (Société Chirurg., séance du 19 juillet 1883) dit que souvent, dans les kystes du parovarium, l'ovaire lui-même est malade, et dans ces deux cas, il a dû enlever l'ovaire qui était altéré.

Roberts, dans plusieurs cas, a trouvé l'ovaire altéré, parfois hypertrophié, parfois, au contraire, atrophie.

Polaillon dit que souvent il est le siège de petites productions kystiques.

Obs. VII. — L'ovaire droit est contenu dans la masse polykystique enlevée à droite, dans la fosse iliaque.

Obs. XII. — Ablation des annexes malades des deux côtés.

Rapports du kyste avec la trompe. — Bantock a bien étudié ces rapports. La tumeur englobe la trompe qui, distendue par le développement successif du

kyste, s'allonge, s'hypertrophie et apparaît à la manière d'une bride, tantôt sur la partie antérieure, tantôt sur la partie supérieure, plus souvent en arrière de la tumeur.

Pour Laroche, la trompe est d'abord située au-dessus de la tumeur. Celle-ci s'en approche de plus en plus, l'englobe et dès lors l'entraîne pour ainsi dire dans son développement. La trompe allongée a pu mesurer 25 centimètres.

Obs. I. — La trompe rampe sur le kyste et se termine par un pavillon perméable, dont une demi-circonférence est fusionnée avec la poche kystique. Accolé à ce pavillon est un petit kyste du volume d'une grosse bille, dont le contenu est citrin.

Obs. II. — A gauche, du côté du kyste, salpingite, ovaire volumineux. Ablation. Les annexes, à droite, sont altérées. Ablation.

Obs. III. — Résection de la plus grande partie du kyste et d'un segment de la trompe bordant la partie antéro-supérieure du kyste.

Obs. VIII. — A droite existait, étalé sur la face latérale de la tumeur, un tractus rappelant une trompe adhérente.

Obs. XII. — Ablation des annexes malades, des deux côtés.

Rapports avec l'utérus. — Quelquefois le kyste se développe du côté de l'utérus et arrive à se mettre

en contact avec cet organe, l'immobilisant. De plus, celui-ci est déplacé ou dévié, rarement en antéversion, le plus souvent refoulé en arrière contre le sacrum.

Rapports avec les intestins. — Ils sont déplacés, repoussés sur les côtés ou en arrière. Ou bien, comme on pourra le constater dans plusieurs de nos observations, l'intestin est adhérent à la paroi kystique. On a vu la tumeur, se dirigeant en arrière et décollant le péritoine, venir se mettre en contact immédiat avec l'S iliaque, compliquant ainsi l'opération.

Goodell montre la tumeur s'enfonçant dans les plis du méso-rectum, ou du mésentère, ou du méso-côlon, ou du méso-cœcum, venant en contact direct avec ces viscères, auxquels elle se soude.

Rapports avec les autres organes de l'abdomen. — Avec le *vagin*. — Nous avons vu que la tumeur pouvait envahir le vagin et même apparaître à la vulve. Elle peut, et cela s'observe très fréquemment, refouler la paroi du vagin et proéminer dans sa cavité.

L'*uretère*, du côté affecté, est souvent accolé à la partie inférieure du kyste.

Le kyste peut repousser l'uretère jusqu'à l'ombilic et ils sont en connexion si intime qu'il est très difficile de ne pas les extirper en même temps. Il est

même, suivant Goodell, parfois tellement difficile de distinguer l'uretère des adhérences fibreuses que, suivant l'avis de ce chirurgien, ce canal est souvent coupé et est la cause de morts que l'on ne s'explique pas.

On a trouvé dans un cas le foie remonté.

Une fois aussi, l'épiploon contenait un abcès.

Enfin, chez une malade, la pression du kyste sur l'uretère avait amené une dilatation assez marquée dans le bassin.

Adhérences. — Nous avons déjà mentionné les adhérences de l'uretère et d'autres organes.

D'ordinaire, les adhérences s'observent avec les kystes à parois lisses.

Les adhérences entre le péritoine et la poche paraovarique sont parfois si peu intimes et si peu résistantes que M. Kæberlé pratique l'énucléation en décollant et refoulant au moyen d'une pièce de linge l'enveloppe séro-celluleuse appliquée sur la paroi propre de cette poche.

Nous allons voir qu'il n'est pas toujours de même :

Obs. VI. — Pendant la décortication M. le docteur H. Hartmann déchire le revêtement péritonéal interne du ligament large, qui est situé au-dessus et en avant de l'utérus.

Obs. VII. — M. le docteur Quénu, trouve dans la

fosse iliaque droite une masse mamelonnée, grisâtre, *adhérente* en haut à l'intestin, en bas à la paroi de la fosse iliaque. Il existe aussi des tractus fibreux dont quelques-uns sont assez volumineux.

On décolle l'intestin avec l'ongle, cette manœuvre se fait avec une certaine difficulté.

A gauche de la tumeur, on détache une anse d'intestin qui y est adhérente.

Obs. VIII. — M. le docteur Hartmann trouve qu'en avant la tumeur est fusionnée avec le cul de sac postérieur du vagin.

Obs. IX. — Des anses d'intestin grêle adhèrent en arrière à la tumeur; le cœcum et l'appendice cœcal adhèrent à droite.

Obs. X. — Des anses intestinales adhérentes sont libérées en arrière de la partie convexe et latéralement.

Obs. XII. — Nombreuses adhérences de la tumeur à l'intestin.

La *surface externe* de ces kystes est lisse, unie, luisante. Elle est blanche, épaisse, résistante, peu élastique, recouverte par les deux feuillets des ligaments larges, qui sont ordinairement hypertrophiés, mobiles à la surface de la paroi propre du kyste.

Cette surface peut avoir l'apparence d'une masse mamelonnée, grisâtre (Obs. VII). Elle peut être

grenue, chagrinée (Obs. VIII). Elle peut aussi présenter une coloration un peu brune.

La ponction du kyste donne issue à un *liquide* généralement clair, comparable à l'eau de roche, fluide, moussant à peine par l'agitation.

Voici ses caractères dans les kystes dont nous relatons les observations :

Obs. I. — Il s'écoule un liquide incolore ou mieux, très légèrement verdâtre, mousseux, non filant (kyste à paroi lisse).

Obs. II. — Le contenu du kyste est citrin.

Obs. III. — Issue d'un liquide cristal de roche.

Obs. V. — Kyste à contenu liquide de couleur brun noirâtre (kyste à paroi lisse).

Obs. VI. — On retire un liquide clair (kyste à paroi lisse).

Obs. VII. — Il sort un liquide épais et visqueux, grisâtre (kyste à paroi lisse).

Obs. VIII. — Evacuation de liquide citrin. (Kyste à paroi lisse).

Obs. X. — Il s'écoule un liquide citrin non visqueux (kyste à paroi lisse).

Obs. XI. — Il s'écoule un liquide clair, légèrement citrin.

On voit que dans ces kystes, la coloration du liquide peut différer : tantôt très légèrement verdâtre, tantôt citrin, tantôt grisâtre et même brun

noirâtre, ou, au contraire, clair et limpide comme le liquide des kystes hydatiques.

Terrillon (Société Chir. 13 juillet 1887) retire 4 litres de liquide couleur jaune foncé, filant.

Dans les petits kystes, le contenu est presque toujours séreux et clair. Verneuil avait bien décrit dans son mémoire (1852) qu'il y a de ces petits kystes dont le contenu est visqueux, et qui tout en étant séreux offrent une coloration rouge.

Analyse. — Le *poids spécifique* de ce liquide varie de 1003 à 1007 pour Castaneda. Il serait de 1004 à 1010 pour Duncan et Atlee. Dans un cas de Lesavre, la densité était de 1012. Dans un cas de Terrier elle était de 1026.

La *réaction alcaline* est due aux composés sodiques.

Le *chlorure de sodium* existe en grande quantité : de 8 à 16 grammes par litre.

Albumine, à peine des traces selon Castaneda.

Deux analyses du liquide retiré aux malades du service de M. le professeur Terrier ont été faites par M. Courcennet.

Obs. II. — Kyste du parovarium :

Volume du liquide. . . 620 cmc.

Densité 1,026 cmc.

Réaction légèrement alcaline.

Couleur jaune pâle un peu verdâtre.
Consistance liquide non filant, pas de
dépôt.

Matières fixes par litre : 92 grammes. C'est à peu près ce que l'on trouve dans les kystes de l'ovaire, en général.

Matières albuminoïdes. 83 gr. 50.
Sels 8 grammes.

Mais le kyste qui nous occupe diffère de celui des kystes de l'ovaire et se rapproche des kystes ascé-
tiques.

1° Par sa couleur et sa densité ;

2° Par l'absence de paralbumine.

Enfin, ce liquide est intéressant surtout par la grande quantité d'urée qu'il contient : 3 gr. 40 par litre.

Obs. XII. — Volume du liquide soumis à l'ana-
lyse. 540 cmc.

Densité. 1015 cmc.

Réaction faiblement alcaline.

Substances dissoutes :

Matières fixes à $+110^{\circ}$. 44 gr. 75 par litre.

Résidu minéral. 7 gr. 75.

Matières organiques . . . 37 gr.

Chlorure de sodium. . . . 7 gr. 50.

Albumine 3 gr. 28.

Matières grasses. 0 gr. 50.

Selon Drysdale sur 1,000 parties il existerait :

Eau 990,3.

Matières solides 4,7.

Albumine 0,5.

Chlorure de sodium et de
potassium 2,3.

Phosphate et sulfate de
soude 0,7.

Carbonate de soude . . . 1,5.

Analyse du liquide d'une malade de J. Rendu de
Lyon, faite par M. Bourcet, ex-pharmacien des
hopitaux :

Matériaux fixes 14 0/0	Résidu minéral	{	Chlore 5,09 0/0 représentait 8.4 0/00 de Nacl.
	9 0/0		Acide phosphorique 0.30 0/00. Acide sulfurique.
	Résidu organi- que 5 0/00	{	Substances albuminoïdes (Albu- mine du sérum et paralbumine. 0.35 0/00.
			Urée 2.95 0/00. Acide urique traces.

Eau 9.86 0/00.

Réaction alcaline.

Densité 1005.

Terrillon (13 juill. 1887, Société Chirur.) rapporte
l'analyse du liquide retiré d'un kyste du ligament
large :

Densité. 1033.

Matières fixes à 100°. . .	140 gr. sur 4 litres de liquide.
Sels minéraux	9.
Chlorure	7.
Matières albuminoïdes. .	98.
Matière albumineuse. . .	20.
Paralbumine.	25.

Ce dernier examen fait penser à un kyste ovarique.

Variétés de composition. — Il n'y a pas de paralbumine dans la majorité des cas. Spiegelberg (Arch. fur gynœk., § 1, p. 483) en a trouvé dans un cas. Panas, en a trouvé dans deux kystes ponctionnés; cela nous fait demander s'ils étaient réellement du ligament large. Terrillon dit : « Si on trouve du liquide incolore semblable à de l'eau et ne contenant pas de paralbumine, dans les kystes paraovariens très simples, on en trouve aussi d'autres, ceux dont l'épithélium est polymorphe et surtout ceux qui ont de petites végétations, contenant de la paralbumine, vous montreront qu'on rencontre la paralbumine dans les kystes papillonnateux. »

Examen microscopique. — Les kystes à liquide coloré, jaunâtre ou rosé, contiennent toujours des globules rouges du sang, ratatinés donnant la colo-

ration. Ces globules sont crénelés. Il existe même des globules blancs.

On rencontre aussi de petites granulations, et, très rarement des cristaux de cholestérine.

Dans certaines variétés on retrouve les éléments des kystes ovariens (Galabin), principalement beaucoup d'albumine.

Les ponctions répétées modifient-elles le contenu ? —

Dans une observation de M. le professeur Terrier (*Union médic.*, 1883, p. 279), après trois ponctions on retira toujours le même liquide: liquide sans albumine, contenant une énorme proportion de chlorures alcalins.

Terrillon a vu des kystes dont le liquide extrait par une première ponction ne contenait pas de paralbumine présenter de cette substance lors d'une deuxième ponction.

Il attribue cette modification de la teneur du liquide en paralbumine à ce que l'épithélium d'abord simple cubique, s'est transformé et est devenu caliciforme.

Chez sa malade, Terrillon (*loc. cit.*, 1887, Société chirug.) la poche s'étant remplie de nouveau, en présence de l'état général de la malade il se décida à l'opération. Le liquide extrait à ce moment présentait le même aspect et la même composition que le premier.

STRUCTURE

Kystes du parovarium. — La paroi kystique est constituée : 1° Par les éléments du ligament large ; 2° par une couche fibreuse propre ; 3° par un revêtement épithélial.

Structure de la couche externe. — De dehors en dedans : 1° l'épithélium de la séreuse ; 2° des fibres lamineuses, dans l'intervalle desquelles sont de nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses ; 3° une couche de tissu cellulaire lâche sous-péritonéal.

Structure de la couche propre. — Elle est formée en totalité par des fibres conjonctives parallèles formant un tissu dense, homogène. Elle est traversée par de nombreux vaisseaux.

Couche interne. — Lisse. Unie.

L'épithélium n'existe pas partout. Les cellules épithéliales sont de deux sortes :

Plates avec protoplasma à petites granulations, cylindriques avec ou sans cils vibratils et 2 ou 3 noyaux très brillants.

Cette paroi interne est la paroi propre du kyste, c'est elle qui le caractérise.

Dans les *kystes à parois lisses*, c'est la paroi externe qui est lisse surtout, car la paroi interne est souvent inégale. Ainsi, dans un de nos examens,

la paroi externe présente des parties fortement vascularisés, d'autres au contraire sont incolores. Cette paroi est en général unie. Dans la partie qui confine à la trompe et à l'ovaire l'épaisseur de cette paroi est très notablement augmentée.

Le kyste ouvert, on constate une cavité comprenant tout le ligament large et s'étendant jusqu'au dessous de la trompe et de l'ovaire.

La paroi interne contraste avec l'externe. Elle offre de nombreuses circonvolutions de coloration rose pâle. Cette partie présente en outre une saillie allongée, de la grosseur d'une amande, de consistance molle formée par la trompe qui est ainsi enclavée dans la paroi kystique, en ce qui concerne la structure de cette paroi c'est le polymorphisme des cellules épithéliales.

Les examens histologiques de différentes pièces recueillies dans le service de M. le professeur Terrier ont été faits par mon ami Keim, interne des hôpitaux de Paris.

1^{er} examen. — La paroi du kyste est en majeure partie formée par une trame fibreuse assez dense, contenant dans son épaisseur des vaisseaux *semblant* avoir une paroi propre (quelques uns du moins).

Face externe: cellules cubiques accolées entre-elles en une couche.

Face interne: cellules aplaties à noyaux peu visi-

bles et entremêlées de rares cellules cubiques.

2^e *examen*. — Paroi kystique opérée par places, formée de tissu conjonctif fibreux à fibres enchevêtrées, mais surtout compactes à la partie interne. A la partie externe quelques cellules jeunes mais peu nombreuses.

En dehors la couche fibreuse est limitée par une couche épithéliale *continue* de cellules cylindriques à une seule rangée.

Aucun vaisseau visible.

3^e *examen*. — La paroi est formée de faisceaux conjonctifs avec quelques fibres élastiques.

La coupe prend moins facilement que pour le premier examen la couleur de l'hématoxyline.

La couche limitante interne, plus aplatie, est formée de cellules cubiques.

Un seul vaisseau, probablement artériel, sur la coupe.

4^e *examen*. — Correspondant à l'observation VI.

Coupe mince, assez difficile à analyser. Les diverses couches sont unies. Pas de faisceaux élastiques ni de cellules embryonnaires.

En dedans, toujours le revêtement cylindrique aplati.

En dehors, pas de limite nette. Les faisceaux du stroma conjonctif semblent se prolonger probablement vers le tissu sous-péritonéal.

5^e examen. — Cellules étoilées assez abondantes. En dedans tissu conjonctif plus dense, avec pénétration de quelques dépressions à cellules minces, aplaties (peut-être sont-ce des glandes).

Il m'a paru voir dans le tiers externe plusieurs fibres musculaires, à peine développées.

Kystes papillomateux. — Pour Alban Doran, ces kystes papillaires proviendraient seuls du parovaire et mériteraient le nom de kystes parovariens, tandis que les kystes sans végétations et à contenu purement liquide naîtraient dans l'épaisseur du ligament large indépendamment de tout vestige embryonnaire. L'absence d'épithélium vibratile dans les premiers n'infirmerait nullement leur origine. Fischel (*Ueber parovarialcysten und parovarielle kystome. Archiv. fur gyn.* XV) a fait remarquer, d'après Valdeyer, que l'épithélium du corps de Wolff n'est pas originairement pourvu de cils vibratiles, en sorte que le revêtement d'épithélium cubique non cilié peut représenter dans les kystes le premier type de l'épithélium Wolffien. Le contenu de ces kystes est plus souvent coloré. Malassez et De Sinéty disent que la différence de composition dans les liquides serait due seulement à la variété de l'épithélium qui prédomine à la surface de ces kystes. Quand celui-ci est simple, cubique comme cela existe dans les kystes uniloculaires les plus rudi-

mentaires, le liquide est transparent, incolore, peu albumineux et ne contient pas de paralbumine. Si cet épithélium devient plus compliqué, s'il est polymorphe et contient beaucoup de cellules caliciformes ou mucoïdes, le liquide est coloré, albumineux, plus abondant, la paralbumine est secrétée probablement par des cellules spéciales.

M. Quénu, à ce sujet, dit qu'il ne faut pas ramener toutes les variétés de kystes paraovariens à l'unité. Suivant lui, tous ces kystes doivent être considérés comme distincts au point de vue clinique; ensuite, même au point de vue anatomo-pathologique, ils présentent des nuances qui les différencient d'une manière suffisante. C'est ce que nous croyons avoir démontré dans notre thèse.

D'après Coblenz (*Die papillaren Adenokystomformen*), les kystes parovariens portent souvent à leur intérieur des végétations papillaires tantôt disséminées, tantôt confluentes et amoncelées en masses volumineuses. Ces végétations sont recouvertes d'épithélium cylindrique, parfois avec cils vibratiles dans les petits kystes; d'épithélium cubique plus ou moins aplati dans les kystes volumineux.

On voit quelquefois, dit Tédénat (N., *Montpellier médical*, 1894), ces végétations perforer la paroi kystique et végéter alors rapidement sur le péritoine qui tapisse la paroi abdominale antérieure,

sur l'intestin, la face inférieure du diaphragme.

Tédenat a vu une malade qui, à la suite d'une ponction, eut une éclosion de masses papillaires tout le long du trajet suivi par le trocart.

Doran, Bland-Sutton, Bantoreck ont fait la même constatation.

Chez l'opérée de M. le professeur Terrier, dont nous relatons l'observation, il pousse sans cesse des bourgeons dans le trajet fistuleux qui est resté.

Lorsque les végétations usent la paroi kystique et bourgeonnent au dehors sur le péritoine, elles arrivent à former de grosses masses en choux-fleurs, parfois calcifiées en divers points, qui recouvrent l'ovaire et le cachent. Souvent alors, on trouve l'ovaire sain, peu ou point adhérent aux végétations papillaires.

W. Goodell (*loc. cit.*) dit que ces kystes, qu'il nomme kystes intra-ligamentaires, sessiles ou encapsulés, par suite de leur situation entre les plis du ligament large, de leur caractère papillomateux, de leur nature quasi-maligne, méritent une description spéciale.

Il distingue deux espèces de kystes encapsulés dans le ligament large : 1^o kystes papillomateux uniloculaires; 2^o kystes papillomateux multiloculaires.

Les premiers contiennent, dans leur cavité uni-

que, un liquide clair, des choux-fleurs et des végétations papillaires. C'est probablement une dégénérescence kystique du parovarium, débris sexuel du corps de Wolff. Le tissu les reliant au ligament large est plus lâche et moins vasculaire que dans la deuxième variété.

La variété de kyste papillomateux multiloculaire intra-ligamentaire s'accompagne de petits kystes, chacun distendu par un liquide clair et fluide contenant de fortes et exubérantes croissances papillomateuses. Sa tendance à envahir les organes voisins, son union intime avec le ligament large en rend l'extirpation beaucoup plus difficile que la variété uniloculaire.

Ces croissances papillaires sont une preuve de son origine embryonnaire.

A cela, ajoutons l'examen histologique, fait par M. Keim, de la malade opérée par M. le docteur H. Hartmann.

On voit des faisceaux conjonctifs assez peu serrés en dehors, avec quelques fibrilles élastiques dans l'interstice des faisceaux conjonctifs. Vers la portion interne, les faisceaux se relâchent de plus en plus et entourent de rares cellules conjonctives. En dedans, une matière non colorable, et, sur elle, une couche de cellules épithéliales cylindro-cubiques manquant de place en place. Toujours, dans cette

portion interne, existent quelques vaisseaux à peine visibles.

Voici l'examen des pièces de Godart (*loc. cit.*) : « L'ensemble des tumeurs avait le volume d'une tête d'enfant. La partie supérieure était composée de poches kystiques à parois épaisses, renfermant un liquide jaunâtre, collant, très riche en albumine. Vers la partie inférieure, les loges kystiques sont plus résistantes; quelques-unes tout à fait remplies par des végétations en choux-fleurs. En un point déclive, les végétations avaient perforé la paroi kystique et se montraient dans le repli de deux poches voisines. Le liquide contenu dans ces poches végétantes est plus épais et renferme des grumeaux de fibrine mélangés aux parties solides des végétations papillaires de la paroi.

« L'examen microscopique nous a montré d'abondantes cellules épithéliales portées sur une légère trame conjonctive; ces cellules sont déposées irrégulièrement et affectent un aspect de tumeur maligne. »

Julia Wykowska-Dunin décrit ainsi un kyste papillaire du parovaire : « Il est formé de deux kystes, dont l'un, du volume d'une pomme, est arrondi; l'autre aplati. A la surface interne des deux kystes, on trouve des papillomes aplatis, disposés en forme de plis et ressemblant à des condylomes. Pas d'épi-

thélium cylindrique, simplement une membrane mince.

« A la coupe, la paroi des deux kystes est constituée par un tissu riche en noyaux ovulaires ou allongés, disposés en faisceaux. Immédiatement au-dessous de l'épithélium se trouve une couche ne renfermant presque pas de noyaux et formée de substance claire. La plupart des papilles ont un stroma de même ordre; quelques-unes seulement des plus petites, ont une riche substance fondamentale fibrillaire et de nombreux noyaux. La forme de l'épithélium varie; mais, en général, il est formé de cellules plates et minces, qui sont, par endroits, plus épaisses et presque cubiques; on en trouve même de cylindriques à cils vibratiles. »

Pozzi (*Gaz. méd.*, 1879, p. 164) relate l'histoire d'une femme qui portait un kyste contenant du liquide foncé, filant avec de la paralbumine. Malgré cela, il était contenu dans le ligament large, sans pédicule et indépendant de l'ovaire.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Malassez, qui y trouva les mêmes caractères que ceux des épithéliomos mucoïdes de l'ovaire.

La structure des parois différait peu de la texture des kystes paraovariques ordinaires. On y trouva d'abord une enveloppe péritonéale ordinairement amincie.

Au-dessous d'elle, une membrane propre, plus ou moins adhérente à la précédente, mais séparée par une couche mince de tissu lâche. Cette membrane propre, peu épaisse, lisse et unie, présentait de petites verrucosités, des saillies peu accentuées disposées en plaques ; ces petites élevures étaient une dépendance de la membrane limitante.

Ces caractères avaient déjà été indiqués par Fischel (*Über parovarial cysten und parovarial*, *Kyton.*, *Arch. für gyn.*, t. XV, p. 879).

Il nous faut maintenant indiquer :

1° Les kystes wolffiens.

Legueu (*Ann. gyn.*, fév. 1896, p. 114) publie une note sur un kyste wolffien du ligament large.

Il rappelle d'abord la présentation faite, il y a deux ans, à la Société anatomique, par MM. Pillet et Souligoux, sur un kyste du ligament large et du canal de Gærtner. C'est ce cas qui fit l'objet de la thèse de Girerd (Paris, 1894).

Opération de la malade de Legueu ; anatomie pathologique :

Une fois la paroi abdominale incisée, il ouvre le ligament large pour énucléer la tumeur kystique. Cette énucléation se fait assez facilement malgré les adhérences. Cependant, à la partie supérieure et externe de la tumeur, semblant faire corps avec elle, se voyait un prolongement, comme un cordon,

qui se dirigeait en haut et en dehors, vers la région lombaire : ce n'était ni un tractus fibreux, ni l'uretère. Il le sectionnait. Le kyste vint tout seul.

Le ligament large étant séparé, Legueu reprit le cordon ; il se dirigeait vers la région lombaire ; il était canaliculé à son centre, et une sonde cannelée de moyen volume s'y enfonçait dans toute sa longueur. La surface interne apparaissait lisse et rosée.

Examen du kyste. — Le conduit anormal venait s'ouvrir au pôle supérieur du kyste, et un stylet introduit par l'ouverture du conduit, dont un segment était resté en continuité avec la paroi du kyste, parvenait jusqu'à la cavité par un orifice assez large et légèrement évasé en entonnoir.

Examen histologique par M. Péron. — Le kyste est formé d'une paroi fibro-conjonctive englobant des vaisseaux artériels et veineux et de nombreux nerfs.

L'épithélium qui le recouvre est aplati.

Le canal qui fait partie de la poche kystique a une paroi conjonctive-fibreuse qui se tasse légèrement du côté qui répond à la lumière du conduit. Cette lumière est tapissée par un épithélium cylindrique à une seule couche. Les cellules de cet épithélium sont régulières et allongées.

Cet épithélium s'enfonce dans l'intérieur du tissu fibreux sous forme de très large dépression.

Pas de glandes dans le canal.

Ce canal en communication avec le kyste, quel peut-il être? Legueu élimine le canal de Gærtner qui, lui, longe la paroi latérale de l'utérus et du vagin, et devrait occuper la partie inférieure et le pôle sud de la tumeur. Pour lui, la direction, sinon le calibre du prolongement canaliculé qu'il a observé rappelle absolument celle du canal de l'époophore. Il pense donc que c'est à ce canal agrandi et non atrophié qu'il a eu affaire ; il représente, on le sait, la partie inférieure du canal de Wolff (portion sexuelle).

Le kyste est développé, soit dans le canal lui-même, soit dans un des tubes qui, dans l'organe de Rosenmuller, figurent les dents d'un peigne.

Pour Legueu, ces kystes du parovaire sont, chez la femme, l'analogue des kystes de l'épididyme chez l'homme, et viendraient plaider dans le même sens que l'observation de Pillet et Souligoux (kyste du lig. large et du canal de Gærtner, *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1894, p. 412).

Girerd (Thèse, Paris, 1894) dit : « Nous pouvons conclure, du fait de l'abouchement direct du canal de Gærtner dans un kyste du parovaire, que ces kystes se développent aux dépens des débris de l'organe mâle qui persistent dans le ligament large de la femme, et dans le cas qui nous occupe la tumeur est l'analogue d'un kyste de l'épididyme. »

Tédenat (V. *Montpellier médical*, 1894) avec Colblenz admet qu'il existe des kystes du canal de Gærtner. « J'ai observé ne fait peut-être unique dans la science chez une femme de 52 ans. J'ai enlevé un kyste du volume d'une tête d'adulte monoloculaire et rempli de végétations. De sa partie interne naissait un boyau cylindrique portant de nombreuses papilles à sa face interne et pénétrant dans le bord de l'utérus. J'extirpai les ligaments larges et tout le corps utérin. La malade guérit. Cinq mois plus tard, petite tumeur derrière le pubis, qui augmenta rapidement. Dix mois après mort dans la cachexie. L'ovaire du côté du kyste était sain.

Le boyau inclus dans l'utérus avait une structure identique à la grande poche, avec végétations moins volumineuses ; leur épithélium était cylindrique ou cubique, selon les points, sans cils vibratils. »

Terminons ce chapitre en disant que le diagnostic, même anatomo-pathologique est parfois très compliqué, car l'organisation qui rapproche les kystes des ligaments larges des kystes de l'ovaire est telle qu'en prenant, dit Terrillon, depuis le kyste paraovarien le plus simple jusqu'au kyste le plus compliqué, on trouve tous les intermédiaires et toutes les complications nécessaires pour faire un kyste ovarien uniloculaire et un peu végétant.

Il existe trois ou quatre observations de variétés

contenant des éléments de vrais kystes ovariens, cellules granuleuses à double contour, cellules étoilées et anastomosées, corps hyalins ou globules colloïdes de Spencer Wells.

Cette difficulté sera bien prouvée par la lecture d'une observation de Vanheeuverswyn (*J. des sc. méd.*, Lille, 1893, t. I, p. 163), intitulée : kyste de l'ovaire simulant un kyste parovarien. « Dans notre cas nous avons toutes les raisons de croire que nous sommes en présence sinon d'un kyste du parovarium au moins d'un kyste parovarien. L'adhérence intime de la paroi et de la trompe malgré son volume, fait supposer que dès le principe il se trouvait très rapproché de cette dernière entre les deux feuillets du ligament large.

1° Le kyste s'est développé à gauche entre la trompe qui est située un peu en haut et l'ovaire qui se trouve en bas ; 2° la trompe correspondante est située à droite et derrière la matrice ainsi que le kyste et l'ovaire adjacents.

L'examen approfondi de la néoformation nous prouve que ce que nous prenons pour l'ovaire sain n'est qu'une portion plus avancée en développement de la masse néoplasique. Elle a un diverticule qui pénètre au centre même de la tumeur adventice.

L'étude histologique démontre que l'ovaire est

formé par une série de follicules ayant subi la dégénérescence kystique.

Au microscope, on distingue une série de cavités folliculaires agrandies, mais ratatinées et froncées, dont les parois sont constituées par une tunique conjonctive tapissée intérieurement d'un revêtement épithélial cubique ou cylindrique.

Les éléments conjonctifs (travées, cellules fusiformes) sont comme noyés dans un semis de petites granulations calcaires.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une tumeur polykystique de l'ovaire. Ce dernier développé entre les deux feuillets du ligament large qui aurait subi un arrêt de développement. »

Nous pouvons, à ce propos, finir ce chapitre en parlant de la fausse inclusion de Reynier que l'auteur définit ainsi : « La trompe peut se trouver renversée en arrière, par-dessus l'ovaire qu'elle recouvre et cache. Des adhérences maintiennent ou provoquent cette disposition anormale. Qu'un kyste se développe dans un ovaire ainsi recouvert, l'opérateur croira avoir à faire à une tumeur incluse. En réalité, il n'en sera rien, car le kyste sera situé dans la cavité péritonéale, et non entre les feuillets du ligament large. »

En résumé, cette étude anatomo-pathologique nous amène à dire, avec H. Hartmann, qu'il

existe dans les ligaments larges trois variétés de kystes bien nettement définissables :

1° Les kystes parovariens étudiés par Duplay, Panas, etc., à poche unique, à liquide cristal de roche, à pédicule lamelliforme, à revêtement épithélial formé de cellules cylindriques ou cubiques sur une seule rangée, siégeant dans l'aileron de l'ovaire.

2° Les kystes inclus dans le ligament large; ceux-ci les moins bien étudiés, provenant peut-être d'organes embryonnaires inconnus jusqu'ici et siégeant dans les ligaments larges, pour lesquels nous distinguons deux variétés : les kystes à paroi lisse; les kystes à paroi végétante.

Les kystes à paroi lisse, par la structure de leur paroi, se rapprochent des kystes du parovarium; cette paroi est formée de faisceaux conjonctifs avec quelques fibres élastiques. Par leur couche limitante interne, ils ont encore des aspects communs, car, en général, cette couche est formée de cellules cylindro-cubiques. C'est donc par l'aspect du liquide, moins clair que dans les kystes du parovarium, par leur situation franche dans les ligaments larges qu'ils se distinguent des premiers.

Quant aux kystes à paroi végétante ou kystes papillomateux, l'aspect microscopique de la surface interne verruqueuse, l'examen histologique de l'é-

pithélium montre des papilles contenant un stroma de substance claire avec une substance fondamentale fibrillaire et de nombreux noyaux.

L'épithélium est variable, mais en général il est formé de cellules plates et minces, qui sont par endroit plus épaisses et presque cubiques; on en trouve même de cylindriques à cils vibratiles.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie consiste à rechercher quelle est la cause qui détermine une activité dans les parties des ligaments larges que nous venons d'indiquer.

D'après l'étude des observations que M. le docteur H. Hartmann a bien voulu nous communiquer, nous croyons que dans les kystes à parois lisses l'inflammation des annexes de l'utérus est capable de produire une activité spéciale dans les organes embryonnaires, et provoquer ainsi la formation de kystes.

Au contraire, les kystes papillomateux évoluent à l'instar des tumeurs malignes.

Nous pouvons citer à l'appui de nos idées, que Verneuil et Huguier ont trouvé dans les ligaments larges de plusieurs femmes atteintes de kystes multiples de l'organe de Rosenmuller des kystes de phlegmasie ancienne ou récente.

Parmi les autres causes déterminantes, la plu-

part des auteurs citent la grossesse. Nous ne croyons pas à son influence, quoique Follin ait trouvé chez les femmes mortes en couches l'organe de Rosenmuller rouge et tuméfié. Dans nos observations, les femmes n'ont jamais eu de grossesse ou si elles en ont eu, ce n'est, en général, qu'un grand nombre d'années après que les symptômes de la maladie apparaissent.

Les fonctions sexuelles ne semblent pas avoir plus d'influence.

La plupart des femmes atteintes dépassent 20 ans. Dans nos observations, une seule malade était âgée de 18 ans ; toutes les autres avaient plus de 20 ans, et la plus âgée, 48 ans.

Age. — C'est en général entre 25 et 50 ans que ces kystes apparaissent.

On trouve quelquefois dans les ligaments larges des nouveau-nés, de petits kystes à épithélium cylindrique et qui, vraisemblablement, sont des débris du corps de Wolff (Poulet et Bousquet, t. III, p. 573).

Les malades les moins âgées sont : celle de Kœberlé, qui n'avait que 15 ans, et celle de Lawson qui était âgée de 11 ans.

Parmi les plus âgées, nous citerons celles de Terrillon, qui atteignaient : l'une, 51 ans, l'autre 70 ans (Terrillon, *Ann. gyn.*, 1885, p. 435). Enfin, disons

que Schramm a présenté à la Soc. obst. et gyn. de Dresde, dans la séance du 7 janv. 1896, un kyste paraovarien enlevé à une femme de 73 ans.

Fréquence. — Ces kystes, autrefois considérés comme rares, sont, maintenant qu'on peut les opérer, plus souvent reconnus. Aussi, nous sommes loin des idées de Trélat, qui disait à la Société de Chirurgie, le 19 juillet 1882, que les kystes parovariens sont rares, comme les kystes dermoïdes.

D'après les statistiques de Lesavre, les kystes des ligaments larges seraient, comparativement aux kystes de l'ovaire, dans la proportion de 4 à 7 0/0.

Lawson-Tait, sur 1,000 cas de gastrotomie, note 65 fois des kystes des ligaments larges.

Olhausen les rencontra 32 fois sur 284 ovarioto-mies, soit 11,3 0/0; c'est la statistique qu'admet M. Pozzi.

Péan (*Traité des tumeurs de l'abdomen*, 1895), dans 673 ouvertures de l'abdomen faites pour des kystes, en a vu seulement 59 dans les ligaments larges, soit 8,6 0/0.

La menstruation est presque toujours influencée dans les kystes à parois lisses, moins souvent dans les kystes papillomateux, rarement dans les kystes du parovarium.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des kystes des ligaments larges diffèrent, suivant que l'on se trouve en présence d'un kyste du parovarium, d'un kyste à parois lisses ou d'un kyste bourgeonnant ou papillomateux.

Symptômes des kystes du parovarium ; signes fonctionnels subjectifs et sympathiques. — La douleur n'existe généralement que très peu accentuée. Ainsi :

Obs. III. — La malade s'est aperçue, il y a deux ans, que son ventre grossissait très lentement ; mais, depuis deux mois, il s'est rapidement développé. Elle ne souffre pas du tout et n'a jamais souffert du ventre. Elle jouit d'une excellente santé.

Dans ces cas, en effet, les malades n'ont jamais éprouvé aucune douleur ; elles viennent consulter parce que leur ventre a grossi.

Parfois surviennent des phénomènes insolites du côté du petit bassin, tels qu'une sensation de gêne, de pesanteur, comme cela existe dans l'Obs. XII.

Obs. XII. — La malade dit être, depuis 28 années, sujette à des malaises et avoir eu fréquemment une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Chaque mois, elle ressentait une douleur sourde dans le ventre dont la durée était de quel-

ques jours et l'obligeait à cesser son travail. C'est seulement en mai 1891 (elle a été opérée en mars 1892), qu'elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume.

En somme, elle n'accuse aucune douleur vive, mais une simple sensation de pesanteur et une gêne dans la marche.

Les troubles de la menstruation sont l'exception.

Castaneda y Triena dit que la menstruation est peu troublée.

Selon Winckel, dans les kystes des ligaments larges ne dépassant pas une tête d'adulte, la menstruation est normale

Lesavre dit qu'une seule fois les règles furent supprimées pendant tout le cours de la maladie et furent douloureuses dans un seul cas.

Lanelongue, de Bordeaux, cite un cas dans lequel la malade n'était plus réglée depuis 4 ans (*Cliniq.*, 1888, p. 869).

Dans nos observations, nous voyons :

Obs. III. — Elle commence à être réglée à 12 ans. Depuis, elle a toujours été bien réglée : tous les mois, pendant sept jours.

Obs. IX. — Réglée, à 16 ans, sans accident. Dès le début, les règles vinrent assez régulièrement ; elles avançaient tous les mois de 3 à 6 jours, coulaient constamment pendant 3 jours, puis traînaient

pendant les 3 jours suivants. Les règles ne subirent pas de modifications à la suite du mariage. Une seule fois, 3 ans avant l'opération, il y eut au moment d'une époque menstruelle une perte assez abondante.

Obs. XI. — La menstruation s'établit à 13 ans. Par la suite, elle a toujours été régulière, mais elle a toujours été douloureuse et abondante.

A part quelques légers troubles, on voit que la menstruation reste normale.

L'état général est souvent excellent ; quelquefois la malade ressent des douleurs de reins, des maux de tête (Obs. IX) ; parfois on note un certain embonpoint.

Obs. III. — Jamais de souffrance. Excellente santé.

L'appétit peut être diminué légèrement, et il arrive même que l'on trouve de véritables troubles dyspeptiques.

Obs. II. — 3 ans avant l'intervention, gastralgie, vomissements, cauchemars, crampes d'estomac.

Obs. IX. — 7 années avant l'opération, depuis l'époque où la malade a noté un accroissement de volume du ventre : troubles digestifs, dyspepsie flatulente.

Kystes des ligaments larges à parois lisses. — Ici les signes fonctionnels et subjectifs sont plus marqués.

Les douleurs sont assez violentes pour nécessiter le repos, surtout lors des périodes cataméniales.

Nous possédons plusieurs cas d'une netteté absolue. Nous citerons spécialement :

Obs. VI. — Les règles ont toujours été irrégulières. Étant jeune fille, pertes blanches. Dès qu'elle s'est mariée, à 21 ans, elle a commencé à ressentir des douleurs dans le ventre. Elle eut, par la suite, des pertes blanches plus abondantes. Bientôt, les souffrances ressenties dans l'abdomen devinrent assez vives pour obliger la malade à garder le lit à l'époque des règles, quelquefois même dans l'interval.

Les règles deviennent plus abondantes, mais toujours sans caillot.

En janvier 1888, elle eut une poussée de péritonite qui la tint alitée pendant un mois.

Une deuxième poussée de péritonite survint quelques mois après, et la malade n'en fut remise qu'au bout de 4 mois.

Enfin, il y a 4 mois, elle eut une troisième poussée de péritonite.

On peut observer des altérations de l'état *psychique* : sentiment de tristesse, tout déplaît à la malade et la fatigue (Obs. Mangin, *Nouv. Arch. d'obst. et gyn.*, p. 282).

D'autres fois, comme dans le cas cité par Schatz,

arrivèrent des évanouissements revenant tous les 8 à 9 jours, quand le kyste commença à se développer.

La *menstruation* est troublée dans la majorité des cas.

Obs. I. — Malade réglée à 16 ans. Depuis, la menstruation a toujours été irrégulière. Souvent, il y avait des retards de 2 et 3 mois. Pas de changement depuis le commencement d'évolution de la tumeur.

Obs. IV. — Règles dès l'âge de 14 ans, revenant tous les mois pendant 2 ou 3 jours. A 32 ans, au mois de mai, les règles durèrent un jour et s'arrêtèrent brusquement. C'est à ce moment que le ventre commença à augmenter de volume. Le 17 juillet, les règles apparaissent et ont une durée normale.

Obs. V. — Apparition des premières règles à 16 ans, sans aucune douleur. Un peu plus tard, elles étaient extrêmement douloureuses, mais toujours régulières, très peu abondantes. Lors du mariage, à 23 ans, pas de modification des règles, qui sont toujours douloureuses. Un an et demi avant d'être opérée, les règles avancent de quelques jours et continuent d'être douloureuses.

Cinq mois avant l'opération, moment où la malade s'aperçoit que le ventre commence à se déve-

lopper quelque peu, survient de l'irrégularité de la menstruation. La malade dit avoir vu deux fois dans le mois à plusieurs reprises. Les pertes ne sont pas abondantes, mais durent environ huit jours.

Obs. VI. — Jeune femme réglée à 18 ans, sans accident.

Les règles deviennent ensuite irrégulières, ayant tendance à avancer. Elles duraient de 10 à 15 jours, si bien qu'il ne s'écoulait entre deux époques qu'un intervalle de 10 jours. Il n'y avait jamais de caillots dans ces écoulements. A 21 ans, elle se marie : les règles deviennent plus abondantes, mais toujours sans caillots.

Obs. VII. — Début des règles à 16 ans 1/2. Elles viennent *irrégulièrement*.

De 18 à 19 ans, la malade devait *s'aliter* tous les mois lors de leur apparition.

De 20 à 30 ans, les règles sont régulières. A 30 ans, elles *s'accompagnent de douleurs* dans le ventre, qui obligent à se coucher. Elles *augmentent de fréquence* et bientôt apparaissent tous les quinze jours, durant 4 ou 5 jours.

A 31 ans, poussée de péritonite; le ventre est ballonné. A la suite, elle eut un *arrêt des règles* pendant 5 mois. Lors de leur retour, elles *avancèrent* de 3 à 4 jours et furent légèrement douloureuses.

Obs. VIII. — A 12 ans, première menstruation, au début *irrégulière*. Depuis l'âge de 23 ans, pertes régulières revenant toutes les 3 semaines pendant 8 jours.

Obs. X. — Elle commence à être réglée à 13 ans, sans accident.

Deux mois seulement avant son opération, les règles se rapprochent un peu, deviennent *plus abondantes, durent plus longtemps* : 8 jours au lieu de 4 jours. Durant le mois où elle fut opérée, les règles, qui ne devaient venir que le 18, apparurent le 8 et durèrent du 8 au 14.

Obs. XII. — Pour la première fois, les règles apparaissent à 14 ans, sans accident. La malade les a toujours vu revenir régulièrement, tous les mois, pendant 5 jours, s'accompagnant de quelques douleurs au début; elles étaient abondantes, et contenaient, pendant les deux premiers jours, quelques caillots.

Deux mois avant l'opération, elle fut prise, presque immédiatement *après la fin de ses règles*, qui étaient venues comme à l'ordinaire, de *douleurs abdominales*, de *fièvre*, d'*anorexie*, de *diarrhée*. Quatre jours après, elle perdit des matières jaunâtres, mélange de sang et d'un liquide puriforme. Cet écoulement dura environ trois semaines, se modifiant peu à peu et devenant complètement blanc vers la fin. La ma-

lade croit que son ventre était déjà un peu gros, avant cette crise douloureuse. Les règles qui suivirent *avancèrent* constamment de 4 ou 5 jours; elles furent *abondantes*, accompagnées de *caillots*, mais peu douloureuses.

En nous basant sur l'étude clinique, nous dirons qu'en général la menstruation est troublée et douloureuse, bien avant l'apparition des signes de la tumeur kystique (Obs. I, VII). Il peut arriver aussi que le ballonnement du ventre coïncide avec la première apparition des troubles de la menstrue (Obs. V, IV, XII).

Ces troubles abdominaux et de la menstrue auront donc une grande importance au point de vue du diagnostic de ces sortes de kystes.

Kystes papillomateux. — Evoluent comme les tumeurs malignes, à évolution lente.

Rouffart (*Bull. Société belge Gyn.*, févr. 1896), dit avoir opéré une jeune fille de 24 ans, vierge, atteinte d'un kyste papillomateux.

Cette malade a été debout un mois après l'opération. Mais, ajoute Rouffart, le pronostic de ces tumeurs est mauvais, à cause de l'envahissement des tumeurs papillaires.

De plus, dit Jacobs, quand les papillomes ont envahi la cavité abdominale, le pronostic est toujours mauvais.

Néanmoins, comme l'on pourra s'en rendre compte par l'observation suivante que nous avons recueillie, la survie peut être de longue durée.

C..., 47 ans, concierge. Mère morte à 43 ans de bronchite. Père mort à 76 ans.

Jamais elle n'a eu de maladie, si ce n'est la rougeole, étant enfant,

Réglée à 13 ans. Jusqu'à 20 ans, la menstruation a été très irrégulière. A partir de cet âge, elle s'est régularisée.

Jamais elle n'a été douloureuse.

Pas d'enfant. Une fausse-couche en 1873.

En 1875, la malade commence à souffrir dans le bas-ventre, principalement du côté droit.

En 1889, elle s'aperçut que son ventre commençait à grossir; en même temps, elle éprouvait des élancements qui ressemblaient, dit-elle, « à ceux que produit un abcès »; en outre, survenaient fréquemment des étourdissements, et plusieurs fois elle eut des syncopes.

La nourriture lui répugnait.

Après des périodes de rémission, puis de vives douleurs pendant toute l'année 1890, elle vint, en janvier 1890, dans le service de M. le professeur Terrier.

A cette époque, le ventre avait le volume de celui d'une femme grosse de 6 mois.

Depuis plusieurs mois, elle souffrait dans le ventre, principalement au moment des règles.

Opérée le 28 janvier 1891 par M. le professeur Terrier, elle sort en mai, et garde un drain jusqu'en septembre.

Pendant 18 mois, elle n'eut aucune souffrance.

En septembre 1893, elle entre de nouveau à l'hôpital Bichat, parce que le trajet fistuleux qui reste est envahi par des bourgeons qui se sphacèlent. On lui fait un curettage du trajet. En juin 1894, nouveau curettage du trajet; ce curettage est mal fait; on en pratique un autre le mois suivant.

Nouveau curettage en juillet 1896.

La malade dit revenir à l'hôpital, non parce qu'elle souffre, mais parce qu'elle est incommodée par des bourgeons charnus qui envahissent le trajet et se sphacèlent.

Observation de J. Godart (*Bull. société Belge, gyn. et obst.*, 10 fév. 1896) :

Madame B..., 29 ans, ménagère, entre le 25 janvier 1896 à l'Institut Sainte-Anne.

Rien à noter spécialement dans les antécédents. Père mort à 63 ans; mère morte à 43 ans; trois sœurs en bonne santé. Un seul accouchement normal il y a 10 ans 1/2; enfant bien portant. Il y a 3 ans, la malade s'est aperçue de la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche; tumeur grande

comme un œuf. En août dernier, elle avait le volume du poing, restait mobile au point que la malade se crût enceinte. La marche était alors très douloureuse, imprimant, à chaque pas, une sensation de ballottement dans le ventre. Vomissements fréquents. Miction pénible.

En ces derniers mois, la tumeur a continué à se développer, mais les souffrances ont disparu. Les selles sont régulières, indolentes; la miction facile.

Pertes blanches abondantes.

La menstruation a toujours été régulière. Aspect général bon. Au toucher, le corps de l'utérus paraît normal, il est situé derrière le pubis, en antéversion.

Tout le cul-de-sac de Douglas et le cul-de-sac latéral gauche sont occupés par une tumeur qui remonte à l'ombilic.

La matité du bas-ventre est limitée à la fosse iliaque gauche.

La consistance de la tumeur est variable; elle est fluctuante dans la partie supérieure.

Opération. — Ablation du kyste. Guérison. Il existe, à la sortie de la malade, un suintement léger sanguinolent à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Godart est d'avis que le pronostic de ces kystes végétants est mauvais quand le papillome a franchi

la paroi conjonctive ; des fragments papillaires échappés du kyste passent inaperçus, et, après un temps plus ou moins éloigné, survient la généralisation par greffe immédiate des particules papillomateuses. On doit, ajoute-t-il, ranger ces kystes papillaires intraligamentaires parmi les tumeurs malignes. La gravité du pronostic paraît en relation directe avec les qualités du liquide : plus celui-ci est riche en albumine, plus la malignité est grande.

Symptômes communs. — La *compression de la vessie* détermine, dans la miction, des altérations variables. On peut observer tous les degrés, depuis les besoins fréquents d'uriner, jusqu'à l'incontinence complète. La rétention d'urine, avec ou sans rengorgement, est fréquente ; ses conséquences : dilatation des uretères et du bassin, hydronéphrose, urémie sont des plus graves.

On a observé la *compression de l'uretère* qui se dilate en amont de l'obstacle et peut acquérir un volume énorme, déterminant l'urémie, soit sous sa forme aiguë, soit sous sa forme chronique. Le kyste peut entraîner dans son mouvement d'élévation l'S iliaque, le paquet de l'intestin grêle, le cœcum, et même la partie abdominale, si bien que la région pileuse du pubis atteint un niveau beaucoup plus élevé qu'à l'état normal.

La compression de l'*S iliaque*, du *côlon* et quelquefois du *rectum* est capable de produire la constipation.

Les *vaisseaux abdominaux* sont rarement comprimés ; il existe cependant une observation où les veines sous-cutanées abdominales étaient très développées. Dans l'Obs. I on voit qu'il existe un réseau veineux très apparent.

Le *foie* peut se trouver réfoulé en haut. Dans un cas (Obs. III) le foie est repoussé vers la partie supérieure de la cage thoracique.

Dans une observation de M. le professeur Terrier (*Union médic.*, 1887, p. 769), il existe pendant 18 mois un œdème des malléoles sans albumine.

Chez aucune des malades on n'a retrouvé de l'albumine ni du sucre. Voici quelques analyses :

Obs. I. — Urine évacuée en 24 heures 950 cmc.
Elle est ammoniacale.

Sa densité est de 1019.

La quantité d'urée par litre. 14 gr.

Elle ne contient ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Obs. III. — Urine quantité en 24 h. 1100 cmc.

Densité. 1014.

Réaction acide.

Aspect jaune pâle,
Quantité d'urée par 24 h. . . . 18 gr.

Elle ne contient pas de sucre, non plus que d'albumine.

Obs. VI. — Quantité d'urine en 24 h. 950 cmc.

Densité. 1013.
Réaction acide.
Aspect jaunâtre.
Urée en 24 h. 21 gr.

Traces de phosphates.

Aucune trace d'albumine ni de sucre.

Obs. VIII. — Quantité d'urine par jour 650 cmc.

Densité. 1028.
Réaction acide.
Aspect. jaune pâle.
Urée par 24 h. 22 gr.

Pas trace de sucre ni d'albumine.

Chez une seule malade (Obs. XI) opérée en mars 1892, survint de l'albumine au mois de juillet de la même année, en même temps qu'une bronchite. Elle se mit au régime lacté pendant quatre semaines. Son urine examinée un mois après ne contenait plus d'albumine.

Nous venons d'énumérer les principaux signes fonctionnels des kystes des ligaments larges. Il est facile de se rendre compte que leur seule présence

serait incapable de faire poser leur diagnostic. Ce sont surtout les signes physiques et la marche de la maladie qui nous seront de la plus grande utilité pour arriver à déceler l'existence des tumeurs que nous étudions.

Signes physiques. — Le ventre est en général arrondi. *Plus volumineux d'un côté.* La malade étant debout, le ventre ne prend pas l'aspect conique des kystes ovariens.

Castaneda et W. Attlee citent chacun une observation dans laquelle le ventre affectait la forme dite en besace.

Le développement du ventre est fort variable; depuis une légère voussure, sa circonférence peut parfois atteindre plus d'un mètre, comme l'on pourra s'en rendre compte par les mensurations suivantes :

- Obs. III. — Circonférence ombilicale . . 82 c.
De l'ombilic à l'appendice xyphoïde. . 13 c. 5.
De l'ombilic à la symphyse pubienne . 20 c.
— à l'épine iliaque antero-sup. droite. 18 c. 5.
— — gauche. 18 c. 5.
Obs. IX. — Circonférence ombilicale. . 89 c.
De l'ombilic à l'appendice xyphoïde. . 16 c.
— au pubis. . 23 c.
— à l'épine iliaque antero-sup. droite. 21 c. 5.
— — gauche. 21 c.
Obs. XI. — Circonférence au niveau de
l'ombilic 90 c.

De l'ombilic à l'épine iliaque ant.-sup. g.	22 c.
— — — — — [droite.	25 c.
Obs. I. Circonf. au niveau de l'ombilic.	1,29 c.
Ligne xiphoïdo-pubienne.	49 c.
De l'épine ili. ant -sup. g. à l'ombilic.	33 c.
— — — — — droite — — — — —	34 c.

Chez une malade de M. Rendu :

Circonférence ombilicale.	1 m.
Circonférence sus-ombilicale	98 c.
Hauteur sus-pubienne	43 c.
De l'épine il. ant.-sup. g. à l'ombilic.	21 c.
— — — — — droite à l'ombilic.	21 c.

Les diverses dimensions que nous venons d'indiquer font bien comprendre les *formes variées que l'abdomen peut présenter* à l'inspection,

Parfois il est surtout développé dans la région sus-ombilicale, et la peau présente des vergetures occupant l'hypogastre et les fosses iliaques, les *vergetures* étant *de date récente*, étant donné la coloration rosée qu'elles présentent (Obs. III).

D'autrefois, il est asymétrique par suite de la présence de la tumeur siégeant dans une fosse iliaque et d'une voussure un peu moins marquée au-dessous de l'ombilic, de l'autre côté, sans que la peau soit nullement altérée (Obs. XII).

Ou bien l'inspection ne révèle rien, le kyste étant situé entièrement dans le bassin (Obs. X).

Le ventre peut aussi n'être saillant que dans la portion sous-ombilicale (Obs. IX).

Il peut aussi être distendu d'une façon extrême et retombant sur les cuisses, causer de l'*intertrigo*. Dans ce cas on a trouvé de nombreuses *vergetures* et une très légère *pigmentation* de la ligne blanche. Dans la portion latérale et inférieure, au niveau de *veinosités* distendues, la peau qui avoisine le pubis présente un peu d'*œdème* et de la *distension des lymphatiques*. On voit encore quelques traces d'*ecchymoses anciennes* (Obs. I).

Le ventre présente assez souvent une assez forte couche de graisse.

La *palpation* révèle en général une tumeur arrondie ovoïde, sans bosselures, mobile et dépressible, parfois ferme, tendue, résistante (Obs. IV). Il est en outre difficile de circonscrire cette tumeur à la partie inférieure et de lui imprimer du mouvement. Parfois, pourtant, on peut la déplacer par des mouvements de latéralité (Obs. XI, Obs. V). On constate que le palper ne provoque aucune douleur ; parfois il décèle une légère sensibilité (Obs. VI, Obs. X, Obs. IX), soit sur toute la tumeur, soit sur une certaine étendue seulement.

A la *percussion*, on constate de la matité dans

toute l'étendue de la tumeur; matité qui persiste quelle que soit la position occupée par la malade, qu'elle soit sur le flanc droit ou sur le flanc gauche. Il existe de la sonorité dans l'épigastre et la partie la plus reculée des flancs. La matité peut ne pas exister, si en présence d'un kyste de moyen volume, il vient s'interposer une anse intestinale entre le kyste et la paroi abdominale.

En outre, existe en général, une fluctuation nette; on a la sensation de flot ou bien une sorte de tremblotement.

La partie la plus importante de l'examen est le *toucher vaginal*.

Avant d'énoncer les signes que l'on observe par ce toucher, nous donnerons le résultat du toucher dans chacune des observations que nous publions. On pourra ainsi en déduire les signes les plus importants :

Obs. I. — Le toucher fait reconnaître un col haut situé, regardant en bas et en arrière, légèrement granuleux. Les mouvements de l'utérus, difficiles, ne sont pas transmis à la tumeur abdominale.

Obs. II. — Col gros, reporté vers la droite.

La tumeur occupe le cul-de-sac latéral gauche, et envahit les culs-de-sac antérieur et postérieur. Elle bombe fortement, elle est dure, tendue, fluc-

tuant quant on combine le palper au toucher.

Obs. III. — Au toucher on constate un col de nullipare, regardant en avant.

Le corps de l'utérus est basculé en arrière, en rétroversion dans l'excavation sacrée.

La mobilité antéro-postérieure et latérale de cet utérus est conservée.

Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale ne se transmettent pas à l'utérus.

On arrive par le toucher combiné au palper à sentir dans le cul-de-sac antérieur la partie antérieure et inférieure de la tumeur qui présente à ce niveau la même consistance molle et dépressible comme le reste de la tumeur.

Obs. IV. — L'utérus est porté en avant, immédiatement contre la symphyse pubienne, un peu à droite de la ligne médiane.

En arrière et à gauche du col, on sent, dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, une tuméfaction ferme, résistante, qui se continue avec la tumeur sentie par le palper abdominal. Cette tumeur est dépressible en certains points. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col avec évidence. Ce col jouit cependant de quelques mouvements de latéralité.

Lorsqu'on déprime fortement le cul-de-sac postérieur, on sent des sortes de brides qui vont du

col à la tumeur et qui la relie immédiatement à ce col.

Obs. V. — Au toucher on rencontre un col assez régulier, de consistance, dur. Il est cône, à orifice régulier regardant un peu à gauche.

Le corps semble se confondre avec la tumeur qui est placée sur sa droite, il n'est pas perçu. Les mouvements imprimés à l'utérus se communiquent à la tumeur.

On sent dans le cul-de-sac antérieur et dans le cul-de-sac latéral droit, la tumeur, que le doigt atteint facilement; cette tumeur semble arrondie, mobile dans une certaine mesure, elle est dépressible, peu tendue, et permet par le palper combiné de percevoir de la fluctuation.

Plus en arrière, et de consistance plus ferme, on sent une saillie arrondie qui présente une sensibilité spéciale très nette, tandis que la tumeur est absolument indolente à l'exploration : ce sont les annexes droites.

Le cul-de-sac gauche est libre, un peu diminué d'ampleur par le col qui est un peu reporté de ce côté. On n'y sent pas les annexes; mais presque à sa limite avec le cul-de-sac postérieur, on trouve un point sensible, plus consistant, qui semble répondre aux annexes gauches.

Obs. VI. — Par le toucher, on trouve le col

régulier, arrondi, regardant en arrière. En arrière, il est à peu près complètement fixé. Si on cherche à lui imprimer quelques mouvements, on provoque de la douleur.

Le corps de l'utérus est en antéflexion, il se sent dans le cul-de-sac antérieur.

La tumeur sentie par le palper descend sur la partie latérale droite de l'utérus, dont on la distingue parfaitement par la différence de consistance.

Le cul-de-sac postérieur est difficile à atteindre par suite du rejet du col en arrière.

A la limite postérieure de la tumeur molle, perçue par le toucher vaginal, on sent une sorte de cordon dur. A gauche on ne peut sentir les annexes, mais on détermine de la douleur. Ce toucher vaginal provoque l'écoulement d'un liquide glaireux et sanguinolent.

Obs. VII. — Au toucher, on sent le col porté en avant, immédiatement derrière la symphyse.

En arrière du col, on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur se continuant dans le cul-de-sac latéral droit, faisant corps avec une masse trouvée dans la fosse iliaque gauche. Les mouvements imprimés à la masse de la fosse iliaque se transmettent aussi, mais imparfaitement à la masse indurée du cul-de-sac postérieur.

Obs. IX. — Au toucher vaginal, on remarque

que le col occupe sa situation normale; il est un peu inégal, son orifice est petit.

Les culs-de-sac ont conservé leur profondeur normale, ils sont souples, à part le cul-de-sac postérieur où le doigt éprouve une certaine résistance.

Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent intégralement au col; lorsqu'on cherche à mouvoir celui-ci, on n'arrive qu'à produire des mouvements très limités.

Obs. X. — Au toucher vaginal, on trouve un col bas, près de la vulve, il est collé immédiatement contre la symphyse. Son orifice admet la pulpe du doigt.

L'utérus est fixé au milieu d'une masse retrouvée par le toucher dans le cul-de-sac.

Le cul-de sac latéral droit; le cul-de-sac postérieur, le cul-de-sac latéral gauche sont envahis par une masse séparée du col par un sillon et l'entourant dans sa concavité.

La pression sur la tumeur abdominale, combinée avec le toucher vaginal, permet de constater dans la portion vaginale deux parties: une dure, l'autre bombée, moins dure et située en avant contre la symphyse.

Obs XI. — Le toucher montre un utérus auquel on peut imprimer des mouvements non douloureux.

Il est légèrement porté en arrière. Les mouvements plus amples semblent se propager à la tumeur ; de même qu'en touchant la malade on sent parfaitement que l'utérus suit les déplacements qu'on imprime à la tumeur avec la main placée sur l'abdomen.

Obs. XII. — Le col utérin, assez près de la vulve et refoulé vers le pubis est régulier, indolent, il regarde un peu en arrière.

Les culs-de-sac latéraux sont libres ; mais dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une tumeur arrondie, qui, ainsi qu'on peut s'en assurer par le palper, remonte à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur qui va vers les deux fosses iliaques surtout vers la droite, est mobile latéralement ; elle est indolente, d'une consistance ferme, un peu rénitente.

Les mouvements qu'on lui imprime se transmettent en partie au col qui jouit d'un certain degré de mobilité latérale.

Le toucher vaginal fait donc en général observer un col dirigé en haut et le corps utérin en arrière. L'utérus est parfois abaissé.

Spencer Wells et Olshausen insistent beaucoup pour le diagnostic des kystes des ligaments larges sur l'immobilité de l'utérus dans la majorité des cas. La lecture de nos constatations fera admettre

que les exceptions sont assez fréquentes, puisque dans presque toutes nos citations l'utérus pouvait être mobilisé et les mouvements de la tumeur se transmettaient à cet organe.

Le plus souvent les culs-de-sac, du côté où le kyste y est développé, sont occupés par la tumeur qui est venue se mettre en contact avec l'utérus : elle est arrondie, dépressible, fluctuante, et souvent très proéminente dans la cavité vaginale.

Le *toucher rectal* pourrait quelquefois faire reconnaître si le kyste a un pédicule. Dans le cas où on le pratiquerait, il faudrait s'aider d'une main, placée sur l'abdomen, repoussant le kyste en bas.

Terminons cette étude des symptômes en disant que l'on ne trouve pas en général de lésions des principaux organes vitaux du cœur ni du poumon.

MARCHE

En général la marche des *kystes du parovarium* est lente, sans grande douleur.

Obs. III. — Il y a 2 ans le ventre a commencé à augmenter de volume, très lentement. Depuis deux mois il s'est rapidement développé.

Obs. IX. — Depuis 7 ans, la malade éprouve quelques douleurs de reins ; mais ce n'est que dans les sept derniers mois qu'elle a noté un accroissement de volume du ventre, accroissement qui est

devenu considérable dans ces deux derniers mois. Depuis cette époque troubles dyspeptiques.

Obs. XI. — Femme âgée de 48 ans. Depuis l'âge de 20 ans elle est sujette à des malaises. Elle dit avoir fréquemment une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

C'est seulement à 47 ans qu'elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume.

Dans les *kystes à parois lisses* la marche est plus rapide, mais pas d'une façon générale. Mais ce qui frappe le plus dans ces sortes de tumeurs, c'est la grande fréquence des troubles digestifs, des poussées de péritonite, et de troubles du côté de la menstruation. Ainsi :

Obs. IV. — Cette malade, opérée au mois de juillet 1891, n'a commencé à souffrir du ventre qu'au mois de mai 1891..

Le mois suivant, elle a peu souffert, mais elle entre dans le service parce que son ventre a augmenté de volume.

Obs. I. — La malade raconte que c'est seulement depuis un an que son ventre a rapidement augmenté de volume.

Obs. V. — Jusqu'à 27 ans 1/2 elle a été bien portante. A part des douleurs au moment de ses règles, il n'y a rien de particulier à signaler.

Un an et demi après elle eut malaises, troubles

digestifs, amaigrissement, douleurs de reins, très vives en dehors des règles qui avancent de quelques jours et continuent à être douloureuses. Il y a cinq mois, irrégularité dans les règles. La malade commence à s'apercevoir que son ventre commence à se développer quelque peu. Après quelques alternatives de mieux et de pis la malade, lasse de ses malaises, entre à l'hôpital Bichat. Elle a 29 ans.

Obs. VI. — Malade âgée de 29 ans, mariée à 21 ans. Elle a, depuis ce moment, commencé à ressentir des douleurs dans le ventre. Depuis cette époque jusqu'à son entrée à l'hôpital, elle eût en trois ans trois poussées de péritonite. C'est pour la troisième attaque qu'elle vient à Bichat, ne se plaignant pas d'avoir une augmentation du volume du ventre.

Obs. VII. — Elle eut toujours des règles irrégulières qui l'obligeaient à s'aliter. A 19 ans, à la suite de son premier accouchement, elle éprouva des douleurs abdominales qui l'obligèrent à prendre le lit pendant un mois.

A 30 ans, ses douleurs réapparurent, elles se propageaient dans tout le ventre. Les règles augmentèrent bientôt de fréquence (tous les quinze jours.)

Il y a 3 ans, péritonite. Depuis la péritonite, elle n'a jamais été bien portante.

Elle vient à l'hôpital Bichat, parce qu'elle a constaté une grosseur dans le côté droit de l'abdo-

men, grosseur qu'elle dit avoir depuis 10 mois.

Obs. VIII. — Malade opérée le 28 juillet 1892, 31 ans. En 1882, étant âgée de 20 ans, elle a commencé à souffrir du ventre et à perdre en blanc.

En 1885, le ventre augmenta de volume. Son docteur reconnut qu'elle avait un kyste. Il lui fit deux ponctions qui amenèrent 8 litres 1/2 de liquide transparent et incolore.

En 1893, le ventre augmenta très rapidement de volume, en 15 jours. Nouvelle ponction de 3 litres 1/2 d'un liquide clair. Presque immédiatement après le ventre recommença à grossir.

Obs. X. — Elle se plaint de souffrir du ventre depuis deux ans environ. Douze jours avant son entrée à l'hôpital, elle ressentit des douleurs abdominales telles qu'elle dut prendre le lit. Quelques jours après, elle se leva mais ne put travailler. Ses règles avancèrent de dix jours. Elle ne s'est pas aperçue de l'augmentation de volume du ventre.

Obs. XII. — Age : 25 ans. Opérée le 16 août 1889. Au mois de juin de la même année, elle fut prise immédiatement après la fin de ses règles, de douleurs abdominales, de fièvre, d'anorexie, de diarrhée. Cela dura dix jours sans nécessiter le repos complet au lit.

Son ventre était déjà un peu gros avant cette

crise, mais il ne lui semble pas qu'il y ait eu de modification de volume.

Ces observations prouvent clairement la marche différente des kystes à parois lisses.

Quant aux *kystes papillomateux*, les caractères de leur marche ne sont pas très précis. Ils tendraient à avoir une évolution assez longue. Leur caractère principal, lorsqu'on n'a pu les enlever complètement, c'est la tendance au bourgeonnement, comme chez notre malade.

On remarque que tous ces kystes papillomateux, kystes à parois lisses ou kystes du parovarium s'associent rapidement à un moment donné, jusqu'au moment où la gêne que produit la tumeur nécessite l'intervention (Obs. XII).

Une malade de Tédénat (V. *Montpellier médical*, 1894, p. 450) ne peut préciser l'époque à laquelle son ventre a commencé à augmenter de volume; mais cette augmentation aurait été particulièrement rapide en un mois.

Les causes déterminantes de ces poussées sont :

1° en première ligne, l'inflammation qui peut se propager au kyste et au péritoine;

2° Les hémorrhagies, qui se font à l'intérieur du kyste, le distendent et s'arrêtent d'elles-mêmes quand elles sont peu abondantes, tandis qu'elles

peuvent amener une syncope mortelle quand elles sont profuses.

Péan dit : « Un fait à remarquer, c'est que, pendant la jeunesse, et lors de la ménopause, la marche est rapide ». D'après nos recherches, d'après nos observations, on verra que c'est là une erreur réelle. Et même, nous dirons que parmi les cas à longue évolution, nous pouvons citer ceux de Castaneda : Il vit une femme de 50 ans qui souffrait depuis 9 ans, et une jeune fille chez qui les symptômes semblaient dater de 8 ans.

Julia Wykowska-Dunin rapporte l'observation d'une femme de 60 ans opérée d'un kyste parovarien papillaire développé, dit-elle, depuis 23 ans.

Sur 72 cas, la durée variait entre 11 mois (Spencer Wells) et 19 ans (Chaudet).

La malade vient d'ordinaire trouver le chirurgien, soit parce qu'elle souffre réellement, soit parce qu'elle en est à sa deuxième ou troisième poussée de péritonite, soit encore parce que la tumeur est très grosse, que son poids la fatigue et qu'elle est gênée.

Il peut parfois survenir de l'amaigrissement exagéré. Une malade de J. Rendu (*Lyon médical*, 1892, p. 472), dont le ventre avait commencé à grossir depuis 18 mois, était, à son arrivée dans le service, « maigre et petite ». On aurait dit une grossesse à terme.

Terminaison. — Gaillard Thomas, ayant réuni 163 cas qui n'ont été l'objet d'aucun traitement chirurgical, déclare que « 80 malades ont succombé moins de 3 ans et 94 moins de cinq ans après le début.

« Sur ces 123 cas, 17 ont vécu plus de 9 ans, et pour un certain nombre, l'existence s'est prolongée pendant 50 ans. »

Récidives. — Terrillon les explique par de petits kystes voisins et communiquant avec les grands kystes, le second kyste pouvant se développer après la guérison du premier.

Th. Oliver, de Newcastle, et Finhel expliquent ces récidives par la constitution même des kystes paraovariques dus à la dilatation des tubes verticaux du parovaire, et qui présenteraient à leur surface interne des excroissances papillaires susceptibles de donner naissance à de nouveaux kystes.

Terrillon (*Ann. gyn.*, 1886) relate un fait bien curieux rapporté par Spencer Wells, montrant que ces poches kystiques peuvent rester vides et latentes pendant un temps très long.

Ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'une jeune femme morte accidentellement, mais à laquelle il avait pratiqué, plusieurs mois auparavant, une ponction pour un kyste paraovarique, il trouva la

poche vide, ratatinée, mais intacte et toute préparée à se remplir de nouveau.

Ces récidives ne s'observent plus maintenant que l'on fait l'ablation de toute la tumeur, à moins d'avoir affaire à un kyste papillomateux.

PRONOSTIC

Nous ne sommes pas de l'avis des auteurs qui prétendent que le pronostic des kystes des ligaments larges est bénin.

Ainsi, nous ne pensons pas, comme Kœberlé, qui croit que « de toutes les tumeurs abdominales à contenu liquide, les kystes paraovariques présentent le moins de danger au point de vue du traitement » (*Gaz. médic. Strasbourg*, 1886, n° 1, p. 1).

Notre opinion diffère également de celle de Castaneda y Triena et de celle de Lawson-Tait, dont les conclusions sont à peu près celles de Kœberlé.

Terrillon disait que les kystes à liquide sans paralbumine, à paroi simple, à épithélium cubique, se remplissent moins rapidement après la ponction, ce qui donne l'apparence d'une guérison radicale ordinairement si trompeuse. Ceux qui en contiennent et ont une paroi épaisse à épithélium polymorphe et formée, en partie, de cellules calciformes ou de cellules à cils vibratiles se remplissent plus rapidement, quelquefois en quelques mois; ils nécessitent

donc une intervention chirurgicale complète, plus hâtive que les autres (*Ann. gyn.*, 1888, p. 119).

C'est cet auteur qui se rapproche le plus de nos idées.

Sans passer en revue toutes les variétés et les complications de ces kystes, nous insisterons sur la gravité du pronostic dans les cas d'adhérences intestinales; de purulence, de coexistence de ces kystes avec les gros fibromes.

Je n'oublierai pas de mentionner la tendance des kystes papillomateux à laisser croître des bourgeons dans les trajets fistuleux qui persistent en cas d'ablation incomplète, cas qui sont les plus fréquents.

Enfin, disons que les kystes à parois lisses et les kystes du parovarium nécessitent toujours le même traitement : l'ablation qui, bien souvent, n'est qu'incomplète dans les kystes à parois lisses, et toujours, dans les kystes du parovarium, est une opération des plus simples.

DIAGNOSTIC

Avant de discuter le diagnostic des kystes des ligaments larges, nous allons énumérer comme curiosité toutes les maladies avec lesquelles les auteurs disent que l'on peut les confondre : kystes de l'utérus; fibromes utérins; hématocele péri-

utérine ; kystes hydatiques du col ; kystes tubaires ; hydropisie enkystée du péritoine ; kystes de l'ovaire ; grossesse ; kystes séreux de l'épiploon ; abcès froid venant du rachis ou de l'enceinte pelvienne ; kystes du mésentère ; kystes du rein ; rétention d'urine ; tumeurs fibro-kystiques de l'utérus ; axite ; fausses grossesses ; kystes de la rate ; tumeurs tuberculeuses de l'ovaire ; cellulite et abcès pelviens ; ostéo-sarcomes du bassin ; tumeurs stercorales ; tumeurs des ligaments larges ; tumeurs des ligaments ronds.

C'est, en résumé, avec toutes les tumeurs de l'abdomen qu'on doit faire leur diagnostic. Nous ne les passerons pas toutes en revue, nous n'insisterons que sur celles dont le diagnostic s'impose le plus souvent, et est le plus difficile.

Disons aussi que, dans certains cas, il est impossible de faire le diagnostic, puisque, comme nous l'avons montré quelquefois, le diagnostic anatomo-pathologique est loin d'être facile à faire.

Avant de discuter les diagnostics les plus communs, nous éliminerons le cas de sarcome kystique du ligament large, cité par Duplay (*Gaz. des hôpitaux*, 8 juillet 1880), car M. le professeur Duplay n'a pas opéré sa malade ; par conséquent, nous ne pouvons avoir que des probabilités sur ce cas.

Nous n'admettons pas l'opinion de Polaillon (*Bulletin et Mém. Société chirurgie*, 1885, p. 608). Il écrit,

en effet : « M. Cauchois va trop loin quand il dit que le diagnostic peut s'établir sur la seule limpidité parfaite du liquide. Il y a quelques kystes appartenant à l'ovaire, dont le contenu est également limpide. La limpidité du liquide n'est qu'un élément du diagnostic des kystes parovariens. Il faut encore que le liquide soit plus ou moins salé par du chlorure de sodium, jamais paralbumineux et exceptionnellement albumineux; que le volume du kyste ne soit pas très considérable; que son évolution ait été lente; que sa forme soit régulièrement globuleuse, sans bosselures et sans masses dures à sa base. C'est seulement par cet ensemble de signes que le diagnostic d'un kyste du parovarium devient à peu près certain. »

Nous avons suffisamment insisté, dans l'anatomie pathologique, sur la variété de ces derniers symptômes pour faire comprendre pourquoi nous ne sommes pas de l'avis de M. Polaillon.

Bien plus précises sont les indications de Goodell (*The American of obstet.*, janvier 1888) : « Il faut soupçonner, dit-il, la présence d'un kyste intra-ligamenteux quand la matrice, augmentée de volume et déjetée latéralement, paraît si intimement unie à un kyste au point de simuler une tumeur fibro-kystique de l'utérus. Toutes les fois que le cathétérisme de la vessie montre que cet organe

est allongé verticalement; quand la progression intra-pelvienne de la tumeur aplatit le rectum, ou efface le cul-de-sac postérieur, et principalement quand cet effacement se produit du fait de la compression exercée par les kystes secondaires; lorsque la tumeur gêne l'acte de la défécation et de la miction, quand elle s'accompagne de douleurs intra-pelviennes extrêmes; toutes les fois que la percussion donne de la sonorité en avant d'un kyste volumineux pour déjeter les intestins latéralement, et, en conséquence, pour produire un son mat. Enfin, quand un kyste solidement fixé affecte une forme asymétrique et est plus développé d'un côté du bassin que de l'autre. »

A cela, nous ajouterons que la croissance de ces kystes peut s'accompagner de douleurs anormales dans le petit bassin; et que, souvent, le kyste attaché solidement n'est pas d'une forme symétrique et est plus développé d'un côté du pelvis que de l'autre.

Enfin, selon Terrillon (*Ann. gyn.*, 1885, p.432) : « Le diagnostic avec les kystes de l'ovaire n'est pas très difficile. J'ai pu, dans trois cas, préjuger de la nature du kyste par les caractères suivants : développement lent, état général bon, et surtout réfraction médiane de la poche, qui était peu tendue. En résumé, lorsqu'un kyste sera trouvé chez une femme

jeune, bien portante, que le liquide obtenu par la ponction sera clair, limpide, non filant, on aura le droit de croire à un kyste paraovarique, mais rien ne pourra permettre d'affirmer l'exactitude absolue du liquide avant d'avoir pratiqué l'analyse du liquide. »

Pour Kœberlé (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1886) :
« Le diagnostic des kystes paraovariques se fonde :
1° sur la bonne mine des malades, ordinairement assez grasses ; sur le développement lent de la tumeur ; sur la fluctuation très manifeste, à moins que la tumeur ne soit petite et la malade très grasse ; sur la fixité relative de la matrice, parce que les tumeurs paraovariques se rapprochent des parois de la matrice en se développant dans l'épaisseur des ligaments larges ; sur le déplacement éventuel soit de l'S iliaque, soit du cœcum qui la recouvre dans certains cas sur les parties latérales inférieures du ventre ; 2° sur la limpidité incolore, la fluidité, l'état salé du liquide, qui est dépourvu de paralbumine.

On se basera donc, pour faire le diagnostic de kyste du ligament large, sur l'inspection : ventre asymétrique, plus développé d'un côté que de l'autre, ou plus volumineux dans la région sus-ombilicale ou dans la région sous-ombilicale.

La percussion démontrera le déplacement, soit

de l'S iliaque, soit du cœcum sur les parties inférieures du ventre.

A cela, le toucher vaginal indiquera que le col est dévié en haut, que l'utérus est rejeté en arrière. En outre, dans un des culs-de-sac ou dans les culs-de-sac, on percevra une tumeur arrondie, séparée du col par un sillon; cette tumeur sera dépressible, fluctuante, non douloureuse; et l'on sentira le plus souvent que l'utérus suit les déplacements qu'on imprime à la tumeur, avec l'autre main placée sur l'abdomen.

En outre, la plupart du temps, l'état général sera peu influencé.

Ces signes indiqués font comprendre qu'il n'est pas nécessaire de passer en revue toutes les tumeurs de l'abdomen, pour indiquer quels sont les signes qui empêchent de les confondre avec les kystes des ligaments larges. Nous ne signalerons que celles dont l'évolution et les signes physiques peuvent le plus souvent faire naître la confusion avec les symptômes de kystes des ligaments larges.

Les *kystes de l'ovaire* présentent les signes suivants : Amaigrissement considérable. Règles suspendues ou irrégulières. Ascite. Œdème des membres inférieurs. Compression des veines de l'abdomen. Le ventre est saillant en forme de cône.

Le kyste de l'ovaire est toujours pédiculé. Il est

absolument libre dans la cavité péritonéale et par suite, à mesure qu'il se développe, il entre en contact immédiat avec la paroi abdominale, d'une façon précise avec le péritoine pariétal.

Mais il faut toujours se souvenir de la grande difficulté que l'on éprouve chez certains malades, comme nous l'avons indiqué à l'anatomie pathologique.

Témoin encore ce cas de Munde (*Amer. J. of Obst.*, avril 1883, p. 944). La malade était une femme de 37 ans; Munde l'avait opérée à l'hôpital du Mont-Sinaï, en février 1883, pour un kyste uniloculaire supposé de l'ovaire gauche. La malade avait remarqué qu'elle avait grossi du ventre pendant l'année précédente, durant les 3 ou 4 mois qui précédèrent l'opération. Les symptômes et l'apparence physique étaient de telle nature qu'on avait diagnostiqué kyste du ligament large. Mais en enlevant la tumeur, on reconnut être en présence d'une tumeur à long pédicule qui n'était qu'un large kyste ovarien, avec plusieurs petits kystes à la base.

Ascite. — Aucune tumeur localisée. Presque toujours existent des signes d'affection rénale, hépatique ou cardiaque. On voit une saillie symétrique et bilatérale; de plus, un changement de forme par les changements de position. L'ombilic, dans l'ascite, occupe sa position normale.

Palper de la paroi. — Plus de dureté, plus de résistance aux points où la distension est la plus forte. Toucher vaginal combiné au palper. Utérus plus mobile, refoulé en bas; culs-de-sac vaginaux distendus par le liquide.

Percussion. — Matité latérale et inférieure, remontant plus ou moins vers la ligne médiane. Cette matité change facilement de place.

Grossesse extra-utérine. — Des difficultés sérieuses entourent le diagnostic, dans le cas d'une tumeur qui est indépendante de l'utérus et dont le début a été franchement marqué par les phénomènes initiaux de la grossesse, même lorsqu'on constate par le toucher vaginal et le toucher rectal la présence dans la tumeur des parties dures du fœtus.

Quand cette grossesse extra-utérine se présente sous forme d'hématocèle *péri-utérine*, on a des signes plus nets : soudaineté du développement; douleurs intenses du début survenant presque toujours à la période menstruelle; fièvre; en outre, dans le cul-de-sac de Douglas, tumeur dure, élastique ou fluctuante, refoulant en haut l'utérus et le maintenant derrière le pubis, et le tenant en rapport immédiat avec la tumeur, qui est facilement accessible et occupe tous les culs-de-sac.

Grossesse. — A l'époque où la grossesse peut faire penser à un kyste du ligament large, on doit penser

que le ramollissement du col, la sensation de mollesse générale qu'éprouve le doigt pénétrant dans le vagin, la recherche des parties fœtales pourront le plus souvent faire poser le diagnostic.

Parfois l'*hydropisie enkystée du péritoine abdominal* a causé des erreurs de diagnostic. Dans ce cas, le ventre n'est pas aussi volumineux ni aussi saillant qu'avec les kystes du ligament large. La fluctuation est plus limitée, plus superficielle. A la percussion, matité dont le lieu et l'étendue ne se modifient jamais, malgré les changements de position de la malade. Pas de phénomènes de compression ni de gêne dans la circulation et la respiration.

Les cas sont rares où l'on a cru à *kystes rénaux*, *hydronéphrose* ou *rein flottant*.

Parmi les signes qui permettent de diagnostiquer les *tumeurs du rein* de celles de l'ovaire, les rapports avec l'intestin sont des plus importants; le plus souvent, on voit l'intestin refoulé en arrière ou sur les côtés par les tumeurs parovariennes, en avant par les tumeurs rénales. Est-ce le rein droit qui est affecté? le côlon descendant se trouve sur le bord interne de la tumeur. Est-ce le rein gauche? le côlon se trouve en avant de lui, en le croisant de haut en bas. Les urines, rarement normales en cas de lésions du rein, contiennent presque toujours du pus, de l'albumine, des cellules épithéliales. Il ne

faudrait pas toujours se fier à ces derniers signes ; on s'en convaincra en lisant l'histoire de la malade de Wylie W. Gill (*Amer. J. Obst.*, 1889, p. 407). Cette malade, depuis plus de 3 années, ressentait des douleurs dans l'abdomen et du côté de l'utérus. En même temps, les urines, qui contenaient du pus, redevenaient claires parfois.

A l'examen, l'utérus est fixé du côté droit par des adhérences, et une tumeur du volume du poing dans le cul-de-sac droit. La santé est assez bonne. La malade ressentait surtout des douleurs du côté de l'utérus. Deux de ses sœurs et son père étaient morts de calculs rénaux. Wylie pensa à un abcès du petit bassin qui pourrait s'ouvrir dans le vagin. Il fit une ponction, et 6 onces de liquide clair s'échappèrent.

Il pensa alors que c'était du liquide d'un kyste du ligament large.

A l'examen, l'utérus fut trouvé fixé et il y avait évidence de salpingite. Wylie se décida à ouvrir pour enlever les annexes.

Dans ce cas, le kyste du ligament large avait relevé l'uretère et alors une inflammation continue de l'uretère l'avait raccourci et l'avait fait paraître comme une corde tendue au travers du pubis.

A ce propos, Hanks rappelle qu'il a eu aussi un

cas dans lequel l'uretère était déplacé; il s'agissait d'un kyste papillomateux.

Ainsi les tumeurs rénales peuvent faire commettre des erreurs. Il en est de même des *tumeurs fibro-kystiques de l'utérus*, qui, pourtant, n'ont pas une fluctuation aussi nette que celle des kystes des ligaments larges. Leur paroi est toujours assez épaisse pour qu'il soit difficile de bien constater cette fluctuation. Ils ne se forment jamais sans amener autour d'eux une certaine réaction et sans provoquer des douleurs souvent très vives.

Nous pouvons encore signaler les *tumeurs fantômes* dont la percussion réveille partout de la sonorité, dont la forme n'est pas modifiée dans les changements de position; de plus on ne peut pas obtenir de fluctuation.

Telles sont les principales affections que le plus souvent on pourra confondre avec les kystes des ligaments larges.

En ce qui concerne l'intervention, disons que la tumeur doit être enlevée dès que le chirurgien l'a constatée.

Quant au diagnostic des variétés et des complications, nous y avons suffisamment insisté aux chapitres particuliers pour n'avoir pas à y revenir maintenant.

Les autres tumeurs des ligaments larges sont

d'une telle rareté, et sont encore tellement mal connues que nous ne rechercherons pas à indiquer les signes distinctifs.

Variétés des kystes des ligaments larges.

Nous décrirons dans ce chapitre les kystes dermoïdes, les kystes hydatiques, ainsi qu'un cas de kyste lymphatique, un kyste mobile et un kyste simulant la grossesse.

Jusqu'à présent il n'a été fait aucune étude d'ensemble sur ces variétés de kystes des ligaments larges, leur nombre étant très restreint et les observations étant éparses.

Kystes dermoïdes. — Ils sont mentionnés dans quelques ouvrages de gynécologie où il est dit que, parfois, on peut les rencontrer dans les ligaments larges ; mais, comme ils seraient peu fréquents, les auteurs n'insistent pas autrement sur leurs caractères. Ainsi, Pozzi indique une *observation de Sanger* présentée au troisième congrès des gynécologues allemands en 1889.

La revue de Hayem ne mentionne que deux cas, l'un d'Abel (Berlin *Klin Woch*, 9 janv. 1893) l'autre de Ferrand (*Bull. de soc. scient. et méd., de l'Ouest*, 1894).

Von Braun-Fernwald en décrit un cas : Heilung. Aerztl. Bern 1888, ainsi que Ullmann (R) (Wiener

Medizin, *Presse*, 1895, n° 38). Lawson-Tait rapporte l'histoire d'une femme âgée de 37 ans ayant un kyste intra-péritonéal situé dans les ligaments larges, kyste renfermant des cheveux dans l'épaisseur de sa paroi.

Nous retrouvons de Lawson-Tait (*Traité clin. des maladies des femmes*, 1891, p. 354) la relation de l'observation d'une femme de 60 ans opérée le 15 décembre 1890.

L'extirpation de la tumeur fut excessivement difficile. La malade guérit. M. Teichelmann, assistant de Lawson-Tait, fait la description du kyste qui « contenait environ 6 litres de liquide coagulé; et une masse de cheveux du volume de deux petits poings, réunis ensemble par une substance sébacée grasseuse, ayant la consistance du beurre. Les cheveux étaient légèrement rougeâtres et d'une longueur variant de 3 à 9 centimètres.

La paroi du kyste était de structure fibreuse et variait comme épaisseur de 2 à 15 millimètres. Les parois internes étaient légèrement rugueuses et veloutées dans la plus grande partie de leur étendue. A l'examen microscopique elles présentaient une couche mince de tissu dégénéré, de granulations grasseuses reposant sur une couche fibreuse. Par-ci, par-là on voyait quelques taches jaunes brunâtres claires, légèrement plus élevées et rudes au toucher, qui, au microscope, étaient composées par un tissu

caséux sans structure propre et imprégné de sels calcaires. A la partie la plus épaisse de la paroi se trouvaient deux petites éminences, chacune du volume d'une grosse noix ; elles faisaient saillie dans l'intérieur du kyste, et au sommet de chacune d'elles se trouvaient quelques touffes de poils. Sur leur surface, elles présentaient absolument l'aspect d'un cuir chevelu, et, à la coupe, on trouva qu'elles étaient remplies d'une substance grasseuse molle, recouverte par un tissu cutané semblable à celui du crâne. A l'examen microscopique la structure était analogue à ce dernier, sauf différences suivantes : épiderme plus mince, couche cornée très peu représentée, glandes sébacées volumineuses, multiloculaires, tissu sous-épidermique moins fibreux, papilles plus rares. Epaisseur de la couche grasseuse : environ 1 centimètre dans sa partie la plus épaisse. » *John Clay*, dans *The Lancet* du 8 novembre 1879, publie un cas de kyste dermoïde des ligaments larges chez une femme de 50 ans, qui avait 10 ans auparavant deux tumeurs de la grosseur d'un œuf de poule, une de chaque côté du ventre, et qui, augmentant de volume, se seraient réunies, donnant à la malade l'impression d'une grossesse de cinq mois.

A l'opération : adhérences à la paroi abdominale. Abscess dans l'épaisseur du grand épiploon contenant

30 grammes d'un pus fétide. Extirpation des 2 kystes, dans l'épaisseur de chaque ligament large. Les 2 grosses tumeurs ont chacune le volume d'une tête de fœtus à terme; elles contenaient de la matière caséuse dans laquelle on voyait une grande quantité de cheveux bruns. Une partie de l'intérieur du kyste, de 2 pouces de largeur, ressemblait au cuir chevelu, et de longs poils s'y attachaient. Une des tumeurs contenait deux molaires parfaites. La petite tumeur de l'ovaire contenait également des cheveux mêlés à de la matière caséuse. *M. le docteur H. Hartmann*, dans le *Progrès médical* de 1883, p. 393, publie l'observation d'une femme opérée et guérie par M. le professeur Terrier pour un kyste dermoïde des ligaments larges.

Cette femme, âgée de 48 ans, n'avait rien de notable dans ses antécédents héréditaires ni personnels. Elle fut réglée à 16 ans, toujours régulièrement jusqu'en septembre 1882 où les règles ont manqué. Depuis cette époque, elles sont revenues quatre fois seulement.

Le ventre avait commencé à grossir d'une façon graduelle depuis 17 années. Au début, le médecin crut à une grossesse de 7 mois.

Un an à 15 mois après, elle consulte Demarquay, qui diagnostique kyste. Puis, étant allé trouver Gosselin, il lui fit une ponction qui évacua 9 litres

d'un *liquide* clair comme du cristal de roche. Immédiatement après, il fit une injection iodée.

En février 1882, retour de la tumeur qui, à ce moment, avait le volume du poing; elle était située dans la fosse iliaque gauche.

Mictions difficiles. — La tumeur s'élève bientôt dans l'abdomen : disparition de la gêne de la miction. Vers le mois d'août, la tumeur devient le siège de douleurs presque continuelles.

Le 4 septembre 1882, M. Berger retirait par ponction 2 litres $1\frac{1}{2}$ d'un liquide jaune trouble. 15 jours après, le ventre recommence à grossir.

Le 25 octobre, tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante, élastique, mobile, mate, occupant la région hypogastrique, la moitié inférieure de la région ombilicale, et la moitié interne des fosses iliaques, s'étendant un peu plus haut à gauche qu'à droite. Au toucher, l'utérus est un peu plus haut, mobile; l'orifice du col admet la pulpe du doigt. Le flot de la tumeur se transmet dans le vagin en avant et sur la partie latérale gauche de la tumeur.

La mesure de la circonférence ombilicale est de 79 centimètres.

De l'ombilic au pubis. 17,5.

— à l'appendice hybride 13 c.

De l'ombilic à l'épine iliaque ant.-sup. droite: 16 c.
— — — gauche. 17 c.

Pas de fièvre. Etat général bon.

Anatomie pathologique. — Quelques adhérences épiploïques.

Liquide trouble un peu jaunâtre, floconneux, non examiné.

Kyste uniloculaire, offrant un pédicule très large, formé par la trompe, les vaisseaux et un tissu résistant, constituant la paroi même du kyste sur laquelle a porté la section.

Entre la trompe et le kyste, on trouve dans l'épaisseur de l'aileron, entre les deux feuilletés péritonéaux, un petit kyste du volume d'un pois, transparent, à contenu citrin.

La paroi du kyste est assez épaisse; sa surface externe, d'un gris un peu jaunâtre, est sillonnée d'un certain nombre de veines; elle est un peu inégale et ces inégalités sont recouvertes par une tunique d'apparence séreuse. La face interne est rouge, un peu ecchymotique par places. On y trouve un certain nombre de poils roux, un peu frisés, en touffes, non adhérents aux parois du kyste. En un point, sur une surface rectangulaire d'environ 1 centimètre de large sur 2 de long, l'aspect rouge et tomenteux de la face interne est remplacé par une

surface lisse, grisâtre correspondant à un épaissement de la paroi.

Examen histologique pratiqué par M. Achard :

La paroi du kyste comprend trois couches :

La plus externe est formée de faisceaux conjonctifs serrés et régulièrement parallèles entremêlés de fibres élastiques abondantes.

La couche moyenne est formée de faisceaux conjonctifs plus lâches et de quelques cellules plates; des vaisseaux assez volumineux la traversent.

La couche interne est constituée par des éléments embryonnaires plongés dans une matière amorphe assez abondante en certains points. Elle renferme, en outre, des vaisseaux de petit calibre.

La surface interne de cette couche est revêtue d'une rangée de cellules épithéliales cylindriques, passant par places à la forme cubique et desquamées en un grand nombre de points.

L'épaisseur des deux couches, les plus internes, est sujette à de grandes variations.

Au point où l'épaisseur des parois du kyste est plus considérable et où l'on a une plaque grisâtre, on trouve sur des coupes, dans la couche moyenne, près de la couche externe, des tubes glandulaires intriqués dans toutes les directions et sur les parois desquels se voient quelques débris d'un revêtement épithélial cubique. Dans l'intervalle de ces conduits,

on voit des masses irrégulièrement arrondies, d'une substance dont l'aspect rappelle celui de la matière sébacée et qui est dissoute par l'éther. Les coupes de cette portion du kyste montrent, en outre, la section de quelques poils.

H. Hartmann se souvient d'avoir pu *observer chez M. Millard* un kyste dont le liquide était à peine louche, chez une femme de 51 ans, dont le kyste était uniloculaire. Dans le liquide évacué, qui rappelait un peu l'eau albumineuse et n'était pas visqueux, il sortit à la fin de l'écoulement une touffe de poils.

H. Hartmann admet chez les malades dont il publie l'observation, le développement de kystes successifs, et non un kyste récidiviste à 16 ans de distance.

Rendu (de Lyon) (*Ann. de gyn.*, juill. 1896, p. 41) relate l'histoire suivante d'une femme atteinte de kyste dermoïde du ligament large.

Mademoiselle B..., 42 ans, multipare, sans profession. Elle a eu un mal de Pott cervical à l'âge de 9 ans. Réglée à 17 ans, et depuis, assez irrégulièrement, tous les 15, 30, 60 jours (2 à 3 jours chaque fois). Elle est maigre et délicate. Taille 1 m. 38.

Son ventre prend depuis 3 ou 4 ans un développement particulier.

Actuellement : Tiraillement douloureux dans tout

l'abdomen, surtout vers la région épigastrique où l'estomac est effectivement très comprimé par une tumeur qui remplit littéralement l'abdomen.

Circonférence ombilicale. 82 c.

Circonférence sous-ombilicale. . . 83 c.

Hauteur sus-pubienne. 27 c.

dont 14 au-dessus de l'ombilic.

La tumeur est ovoïde à grand diamètre descendant de haut en bas et de gauche à droite. Elle est tendue; néanmoins, on perçoit de la fluctuation.

Juste à gauche, et à côté de l'ombilic, il existe une plaque dure, de consistance osseuse qui, d'emblée, fait penser à un kyste dermoïde de l'ovaire.

Matité au niveau de la tumeur. Sonorité dans les lombes et à l'épigastre.

Toucher vaginal; rien dans les culs-de-sac.

Urine normale; rien au cœur.

Opération : anesthésie à l'éther.

Incision médiane de la paroi abdominale, dépassant l'ombilic. Le kyste se voit alors, à travers une paroi séro-adipeuse plus ou moins épaisse et vascularisée, facilement déplaçable par rapport à la tumeur sous-jacente. Cette paroi n'est autre que le ligament large. Il s'agit, en effet, d'un kyste du ligament large gauche.

Ponction au gros trocart de Spencer Wells : issue

de 10 litres d'un liquide couleur café au lait, inodore, et recouvert à sa surface de paillettes de matières grasses.

La décortication de la face antérieure ou superficielle est simple, mais très laborieuse dans les deux tiers de sa partie profonde où le manchon ligamenteux revêt, en outre, à sa surface externe, de nombreuses adhérences intestinales étalées, ainsi que des adhérences de la trompe, laquelle, pour mieux dire, se confond avec lui. Cette vaste cavité est bourrée d'un Mickulicz iodoformé, puis la plaie abdominale est refermée par une suture à trois places.

Le kyste enlevé a les dimensions d'une grosse tête d'adulte; il renferme, indépendamment du liquide café au lait, de la matière sébacée, des cheveux blonds (de 10 à 15 centimètres de long), en paquets agglutinés et en quantité suffisante pour former un chignon du volume du poing. Puis, inclus dans sa paroi, un os de la grosseur d'une noix, ne ressemblant à aucun os de l'économie et rappelant vaguement la forme d'une énorme molaire. Guérison.

Péan (*Traité des tumeurs de l'abdomen*, 1895, p. 690) dit qu'il a eu l'occasion d'enlever plusieurs kystes des ligaments larges. L'un d'eux, bien que volumineux, avait donné lieu à de graves accidents.

C'était chez une femme âgée de 28 ans, qui fut opérée le 14 avril 1885; elle avait été réglée à 12 ans. Mariée à 20 ans. Pas d'enfants. Pas d'antécédents héréditaires notables.

Il y a 4 ans, elle a commencé à ressentir dans la fosse iliaque des douleurs qui ont résisté à l'hydrothérapie, aux vésicatoires. Ces douleurs, tout en étant continues, sont plus violentes aux époques menstruelles. A ce moment, elles obligent la malade à garder le lit.

Impossible, par le toucher vaginal combiné au toucher rectal, de sentir une tumeur appréciable.

Opération. — « Incision juste assez grande pour introduire la main à travers la paroi abdominale dont les tissus sont hémophyles. L'utérus a son côté gauche adhérent sur toute sa hauteur à une masse anormale du volume d'une pomme d'api, dure et tellement adhérente au ligament large et à l'os iliaque droits que je suis obligé de l'attirer et de l'examiner pour reconnaître qu'il ne s'agit pas de scybales incluses dans l'intestin, mais bien d'une tumeur ovarienne ou pelvienne à parois épaisses, blanchâtres. Cette tumeur est tellement adhérente sur tout son pourtour, que je suis obligé de la détacher avec force pour la ramener de bas en haut. Je reconnais alors qu'elle est implantée entre les feuillets séreux du ligament large, qui sont épaissis et

vascularisés. Je l'énuclée de façon à former au-dessous d'elle un pédicule que je pince, lie, réduis. Toilette du péritoine. Drainage hypogastrique. Guérison. »

L'*examen du kyste* montre qu'il est pileux et qu'il contient des cheveux, de la peau, de la graisse et une dent implantée sur la tunique interne.

Signes des kystes dermoïdes des ligaments larges. — Il n'en est aucun qui puisse faire affirmer leur existence. En présence d'un kyste des ligaments larges, on devra toujours penser aux kystes dermoïdes de ces ligaments.

Parfois, un symptôme anormal pourra mettre sur la voie du diagnostic. Ainsi, dans son cas, Rendu dit : « J'avais fait le diagnostic de kyste dermoïde grâce à la présence du petit os que l'on sentait vers l'ombilic, mais l'idée ne m'était pas venue que ce pût être un kyste du ligament large ».

Ce n'est pas la ponction exploratrice qui pourrait nous renseigner exactement, puisque, comme le dit H. Hartmann (*loc. cit.*), on peut observer des kystes très volumineux à contenu presque transparent, qui sont cependant dermoïdes.

Nous ne sommes pas de l'avis de Rendu, qui dit que l'âge dans lequel on les observe le plus est autour de 20 ans.

La malade de Péan est bien âgée de 28 ans ; mais

celle de Lawson-Tait en a 37; celle de Rendu 42 ans; celle de H. Hartmann 48 ans, et celle de J. Clay 50 ans.

Ces kystes dermoïdes peuvent se compliquer d'abcès, comme J. Clay l'a raconté, chez une malade qui avait deux kystes dermoïdes des ligaments larges et un abcès de l'épiploon.

Disons encore que Verneuil défendait la théorie de l'enclavement durant la vie intra-utérine d'une partie du feuillet moyen comme donnant ces kystes.

Selon Lawson-Tait, c'est un simple fait de parthénogénèse.

L'intervention est la même que pour les autres kystes des ligaments larges; elle n'offre pas une gravité particulière pour les kystes dermoïdes.

Une variété encore rare est celle des *kystes hydatiques*.

Carson (N. B.) en rapporte un cas dans *Amer. ass. obst. and. gyn. phila*, 1890.

Schultze (*Berlin-Wien*, 1894) en mentionne aussi un cas. En 1882, il n'en existait que deux cas : un cité par *Schatz*. Il s'agissait d'une femme âgée de 28 ans, dont le kyste fut ponctionné par le vagin; où l'on sentait une fluctuation très nette. Il y eut issue d'un liquide séreux contenant des vésicules hydatiques et des crochets d'échinocoques. Cette femme mourut d'infection purulente un mois après

la ponction. A l'autopsie, on rencontre un kyste dans le ligament latéral droit.

Le second cas est celui cité dans la thèse de *Becker* (Berlin, 1868).

Lawson-Tait (*Traité clinique des maladies des femmes*, 1891, p. 355) relate l'observation d'un kyste hydatique du ligament large gauche. Il avait diagnostiqué : tumeur pelvienne probablement du ligament large. Après l'incision de la capsule, il s'écoula plusieurs litres d'hydatides.

La tumeur était exactement limitée au ligament large gauche; elle repoussait l'utérus à droite et elle occupait toute la cavité pelvienne et une bonne partie de l'abdomen.

Les bords de la poche furent suturés à la paroi abdominale. Un tube à drainage en verre fut laissé dans la cavité.

Pendant plusieurs jours, des hydatides continuèrent à être évacuées par le drain. Il put en être retiré le dixième jour après l'opération. Quelques jours plus tard, la malade rentra chez elle en parfaite santé. Elle est restée guérie depuis lors.

Ces kystes hydatiques des ligaments larges seraient relativement fréquents chez les malades affectées de kystes multiples de l'abdomen (*Péan, loc. cit.*). Ils atteignent rarement un grand volume à cause du peu de cavité de leurs parois. Il ont une

tendance marquée à se développer du côté du périnée.

A mesure qu'ils grossissent, ils empiètent sur les parties voisines et viennent se loger dans le cul-de-sac de Douglas, où ils contractent des adhérences.

Selon Péan, « il est à remarquer que cette variété provoque plus facilement que les autres l'ulcération des organes voisins ». Il cite à ce sujet deux observations : « Dans un cas de Barré (*Bulletin de la Société anatomique*, 1828), le kyste hydatique, après avoir suppuré, se vida dans la trompe, perfora la vessie, le rectum, et se vida par ces cavités ».

« Dans un cas observé par Sybille, en 1755, et communiqué à l'Académie de Chirurgie, le pus se fit jour à travers la paroi abdominale. »

On noterait aussi plus fréquemment dans les kystes hydatiques des ligaments larges que dans les autres kystes de cette région, l'anurie (Lendet, *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1856) et la constipation (Obre, *Trans. of the path. Soc. London*, 1854).

Dans deux cas de ce genre, cités par Park (*Trans. medic.-chirurgie*, Londres, 1857), et Roux (*Journal de médecine de Sédillet*, 1828), le kyste apportait un tel obstacle à l'accouchement qu'il fallut le ponctionner à travers la paroi abdominale pour permettre l'expulsion du fœtus.

Le diagnostic de ces kystes pourrait se faire par la ponction exploratrice. Il ne serait d'aucune utilité, l'intervention chirurgicale étant toujours indiquée.

Kyste lymphatique. — Lion (*Ann. Virchow*, 1896, t. II, fasc. II) reconnaît que la lumière est loin d'être faite complètement sur les kystes lymphatiques de l'abdomen : bien des auteurs n'en parlent pas, d'autres citent seulement les chylangiomes du mésentère et les lymphangiomes du péritoine.

Lion fait connaître un cas traité à la clinique d'enfants de l'Université de Heidelberg.

Obs. — Fille de commerçant de 3 ans $1/2$ entre le 3 juillet 1895 à la clinique. Pas de tare héréditaire. Bonne santé pendant les 2 premières années ; elle a facilement marché et fait ses dents sans accident.

Il y a 1 an $1/2$, les parents remarquèrent que le corps de l'enfant qui, à cette époque, eut la scarlatine et la rougeole, devenait de plus en plus gros, sans savoir à quelle cause rattacher ce fait.

Pendant ce temps, constipation et rétention d'urine ; douleurs à la miction et, à chaque pas, écoulement d'un peu d'urine.

Pas de douleur dans le ventre, quand, à Noël dernier, elle eut de la fièvre et ressentit de violentes douleurs abdominales. Depuis elle a beaucoup perdu ; ses jambes, en particulier, sont amaigries.

État à l'entrée. — Cette enfant, pour son âge, a

une faible musculature et un faible pannicule adipeux. Pas d'œdème. Pas de signes de syphilis ni de scrofule. Peau pâle, visage légèrement rouge, d'aspect assez frais. Muqueuses faiblement anémiées.

Ganglions occipitaux petits; quelques ganglions inguinaux du volume d'un pois.

Ventre fortement et régulièrement soulevé; ombilic manifestement poussé en avant. Dans le décubitus dorsal, le ventre est aplati un peu de haut en bas et soulevé sur les côtés avec une parfaite symétrie. Dans le décubitus latéral droit ou gauche, le corps se présente sous un aspect tel que le côté placé en haut est aplati, l'autre fortement saillant en avant. De même, dans la station verticale ou assise, la partie inférieure est très gonflée.

Sur la paroi abdominale très grasse et très tendue, les veines épigastriques sont nettement dessinées, les inférieures moins visibles.

Mensurations :

Au niveau de l'ombilic	73 cm.
— la plus grande largeur. .	79 cm.

En avant, la percussion donne partout de la matité, sauf dans la région située au-dessus des dernières côtes gauches et dans l'hypocondre gauche. Là se limite une région de sonorité nettement tympanique, sur une ligne convexe à droite et en bas.

Dans cette région se montrent quelquefois faiblement, mais d'une façon constante, des mouvements péristaltiques. Toute la zone mate est fluctuante; on ne peut isoler la tumeur en la saisissant avec la main.

Foie pas augmenté. Impossible de déceler la rate par la palpation ni la percussion.

Par le toucher rectal, on sent en avant et en haut une résistance diffuse.

Toucher vaginal impossible.

Urines de réaction acide; coloration jaune rougeâtre; poids spécifique élevé (1032). Pas d'albumine, de sucre ni de cylindres. Rien de pathologique.

Pas de diagnostic ferme; on pense à ascite ou à kyste de l'ovaire. La laparotomie est décidée.

Opération retardée par une légère angine diphtérique contractée à la clinique et traitée par les injections de sérum.

Opération le 22 juillet. Anesthésie avec chloroforme et morphine. Incision de 5 centimètres entre l'ombilic et la symphyse. Pas d'ascite, mais apparition d'un gros kyste à parois fines. Ponction avec le trocart fin et, pendant l'écoulement lent du liquide jaune presque opaque, avec les mains on détache peu à peu les adhérences.

Le sommeil est difficile à maintenir. A un mo-

ment, par suite d'un violent effort de vomissement, un morceau du gros intestin (côlon descendant) sort de la plaie avec la poche kystique. A ce point, la poche adhéraît à l'intestin sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Pour empêcher un plus grand déroulement de l'intestin que le poids du kyste entraînait, on dut réséquer la poche et l'intestin rentra aussitôt.

Réunion par première intention. Durée, 30 minutes. Quantité de liquide, 4,800 centimètres cubes.

Suites opératoires. — D'abord violents vomissements. Puis, selles spontanées le deuxième jour. Changement de pansement le huitième jour; bon état général de la plaie.

Légère angine qui dure quelques jours.

Analyse du liquide. — Aspect jaune trouble, non visqueux.

Poids spécifique, 1020.

Réaction alcaline. Sérum albumineux et sérum globulin.

Cholestérine. Graisses. Traces de sucre.

Eau, 946,04.

Résidu sec, 53,96.

Mat. organiques, 45,84.

Corps albuminoïdes, 41,32. Graisses.

Par comparaison avec la lymphe et avec le liquide

des lymphangiomes, Lion arrive à diagnostiquer kyste lymphatique, et par l'examen manoscopique et microscopique, il conclut à un kyste lymphatique des ligaments larges. C'est, croyons-nous, le premier cas.

Kyste mobile. — Dans la séance du 8 juin 1881, M. Gilier présentait à la Société Anatomique de Paris un kyste du ligament large pédiculé et mobile. opéré par M. Després. La malade est morte de péritonite purulente.

Symptômes. — La tumeur par ses dimensions et la sensation qu'elle donne, rappelle un rein. Elle siège habituellement dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, mais on peut la diriger avec les mains dans toutes les parties de la cavité abdominale.

Cette tumeur est à peu près indolente à la pression. Cependant la malade se plaint de douleurs qui l'empêchent de travailler, et elle réclame instamment l'opération, c'est-à-dire l'ablation de sa tumeur, qui lui fait mal, dit-elle, « quand elle remonte. » Aucun diagnostic ne fut formellement porté. Cette malade, femme bizarre, après quelques accidents nerveux, eut la rétention d'urine et quelques métrorrhagies.

Tels sont les symptômes qu'éprouva la malade, chez qui on trouva un kyste du ligament large.

Kyste du ligament large simulant une grossesse (Cushier, *Med. Record.* 1884, p. 501). — E. S., âgée de 16 ans, réglée à 14 ans.

L'été dernier, suppression des règles pendant 9 semaines. Après elles viennent à flot durant deux semaines.

Depuis sept mois hémorrhagies irrégulières, quelquefois très abondantes. Il y a deux semaines, hémorrhagie tellement abondante, que le médecin appelé pensa qu'il était nécessaire de faire un tamponnement du vagin. Au mois de mars, nouvelle perte de sang. La malade semble presque exsangue. Elle ne se plaignait que de faiblesse. L'hémorrhagie persistait avec gros caillots.

Toucher vaginal.

Symptômes. — *Col largement ouvert. Tumeur sur la ligne médiane, faisant suite à l'utérus, atteignant la moitié de l'ombilic. La malade admettait la possibilité d'être enceinte* et la tumeur fut prise pour un utérus entr'ouvert contenant quelque produit anormal d'une grossesse interrompue.

On introduisit des lamineaires afin de dilater et d'explorer l'utérus. Résultat négatif. La malade, qui auparavant avait eu de l'élévation de température, commença à vomir après l'introduction des lamineaires. Pendant la nuit qui suivit cette intervention, elle eut de la diarrhée, des vomissements

et la température augmenta. Elle mourut 3 jours après.

Autopsie 14 heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, la tumeur prise pour l'utérus était un kyste parovarien à parois excessivement épaisses. Le ligament large était déchiré et tordu sur lui-même, de manière à rejeter la tumeur à l'extrémité supérieure de l'utérus, faisant pour ainsi dire corps avec lui. — Utérus normal.

Vieille pleurésie. Rétrécissement mitral.

Cushier croit que l'hémorrhagie était due à la torsion du pédicule formé par le ligament large, pédicule qui comprenait la trompe et de nombreux vaisseaux sanguins appartenant au plexus pampiniforme, interrompant alors le courant de retour de l'utérus.

Il impute la mort à une anémie aiguë venant comme condition aggravante d'une grande faiblesse préexistante, et d'une dénutrition résultant des précédentes hémorrhagies prolongées et se manifestant en symptômes stomacaux et intestinaux.

N'y a-t-il pas là un cas de mort causé par l'infection ?

Nous publions cette observation pour bien montrer que certaines variétés de kystes des ligaments larges peuvent revêtir quelquefois l'aspect de grossesses anormales.

Complications.

Les complications des kystes des ligaments larges contrairement à ce qu'admettent en général les auteurs, sont fort variées. Leur étude n'a pas été faite réellement jusqu'à maintenant :

1° Il peut y avoir coexistence avec des kystes de l'ovaire.

2° Ils peuvent se rencontrer en même temps que des hydro-salpinx, ou bien avec de gros fibromes, ou encore en même temps que la lithiasé rénale.

3° Les kystes des ligaments larges peuvent évoluer en même temps qu'une grossesse.

4° On en a rencontré dans des hernies.

5° On en a vu dans des cas tératologiques.

6° La purulence de ces kystes, niée autrefois, a été observée ces dernières années.

7° L'hémorrhagie intra-kystique. 8° La torsion du pédicule et 9° la rupture, sont des complications que l'on ne doit plus considérer comme rares.

10° Ils ont pu provoquer de l'obstruction intestinale.

I. *Torsion du pédicule.* — Castaneda y Triena cite le cas de Lawson-Tait : Le kyste était d'une couleur très noirâtre, adhérent partout par des exsudats récents. Son contenu était tout à fait noir, et ses parois gangrénées présentaient des endroits com-

plètement sphacelés. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois (Lawson-Tait).

Le docteur Cortiquera (*La regeneracion médica de Salamenca* d'après les *Ann. de gyn. obst. et pédiatrie de Madrid*) publie l'observation d'une jeune fille de quinze ans, née de parents bien portants, bien portante elle même.

Elle vit, il y a un an, son ventre augmenter démesurément de volume, sans douleur, sans troubles d'aucune sorte, sauf cependant du côté de la menstruation, qui, très irrégulière dès le début, avait complètement cessé deux mois avant l'examen. La malade avait absolument l'aspect d'une femme au terme d'une grossesse : distension du ventre refoulant les organes sus et sous-diaphragmatiques. Seins durs et tendus, assez développés et même troubles circulatoires et état moral spécial.

Le docteur Cortiquera se convainquit cependant qu'il n'y avait pas de grossesse ; la malade, d'ailleurs, était vierge. Point de tumeur sensible, ni au palper abdominal, ni au toucher, celui-ci rendu très difficile par l'étroitesse de la vulve et du vagin.

L'abdomen distendu, ballonné uniformément, semblait occupé en totalité par une grande quantité de liquide avec sensation de flot dans les flancs.

Pas de matité, soit à la partie médiane, soit

dans les flancs, du moins à un premier examen, ni de sonorité bien nette dans les mêmes régions. En un mot, partout l'existence évidente de liquide, sans qu'il soit possible de délimiter aucune tumeur solide. D'autre part, le niveau du liquide changeait fort peu dans les différentes positions prises par la malade.

Sur ces données, le docteur Cortiquera hésitait entre une ascite considérable, un énorme kyste ovarien à parois fort minces, ou peut-être encore une péritonite enkystée. De cette dernière affection, point de symptôme dans l'histoire de la malade qui n'avait jamais eu aucune douleur, aucun trouble de son état général, sauf du côté de ses organes génitaux. D'autre part, elle n'avait eu d'œdème en aucune région et, tout éloignait la pensée d'une ascite considérable. L'ensemble des symptômes militait donc en faveur d'une tumeur ovarique, quoique l'attention fut fortement attirée par la minceur et la parfaite égalité de ses parois. La tumeur était-elle entourée de toutes parts d'une couche uniforme de liquide ascitique ? La tension si forte du ventre, qui ne permettait pas de déprimer même quelques centimètres de sa surface, empêchait de s'en rendre bien compte. Cependant, le docteur Cortiquera, en percutant avec le plus grand soin, remarque que, bien qu'il n'y ait ni zone médiate franchement mate,

ni sonorité bien marquée sur les côtés, on observait, dans cette dernière région, un son plus tympanique et, à la région ombilicale, une sensation de flot plus nette. Il déduisit, de cette observation, l'existence bien probable d'une tumeur ovarienne kystique, à parois très minces, uniloculaire, ayant pris naissance dans le parovaire, et pensa, en présence de ce cas, et, étant donné seulement la probabilité de l'exactitude de son diagnostic, devoir faire la laparotomie pour la rectifier et agir en conséquence.

Si, en effet, il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse, cas peu probable, ou encore d'une péritonite enkystée, on pourrait ainsi en amener la guérison.

Opération. — Deux jours après l'examen, on ouvre l'abdomen et, de suite, on voit que c'est un kyste : une énorme poche, deux fois tordue sur son pédicule, poche contenant douze litres de liquide, occupait tout l'abdomen, refoulant les organes de part et d'autre, sans, d'ailleurs, que ceux-ci aient cessé pour cela de fonctionner fort bien.

Le lendemain de l'opération apparaît un flux menstruel, interrompu d'ailleurs depuis deux mois. La malade présenta, pendant 48 heures, un pouls fréquent et une température de 37°8. Elle ne présenta d'ailleurs aucun autre symptôme, si ce n'est de la parésie intestinale qui dura jusqu'à ce qu'elle ait quitté la chambre. La plaie se cicatrisa par pre-

mière intention et la malade se leva le vingtième jour.

Un phénomène attira l'attention de Cortiquera : La paroi abdominale, fortement excavée, semblait adhérente à la colonne vertébrale, résultat de la forte distension antérieure de cette paroi par le kyste et de la position couchée consécutive à l'opération et qui explique, d'ailleurs, la parésie intestinale observée.

Fauvell (R.) (*Quart. M. J. Scheffield*, 1893-94, p. 247), publie un cas de torsion aiguë du pédicule d'un kyste du ligament large. Dans ce cas, les symptômes apparaissent semblables à ceux de la péritonite aiguë.

Binnaud et Chavannaz (*Gaz. hebd. des sc. médic. de Bordeaux*, 31 mai 1896, p. 260) décrivent le cas suivant :

La malade a 27 ans, elle entre dans le service du professeur Demons, le 25 décembre 1895.

Sauf deux grossesses normales, à 18 et à 20 ans, il n'existe rien d'autre dans les antécédents personnels jusqu'à 23 ans. Depuis 4 ans, dans le flanc gauche, coliques. Au moment des crises, qui surviennent à intervalles irréguliers et qui tendent aujourd'hui à devenir plus fréquents, le ventre se ballonne et il y a parfois des vomissements.

Il faut ajouter qu'à maintes reprises la malade

a constaté que ses urines contenaient des dépôts uratiques.

Réglée à 11 ans, menstruation toujours régulière jusqu'à 24 ans. Depuis, pertes cataméniales à intervalles très irréguliers. Dans les deux derniers, suspension totale des règles.

A l'entrée, on constate tous les signes d'un kyste uniloculaire de l'ovaire avec légère sensibilité de la tumeur.

Laparotomie le 30 décembre 1895. — Evacuation partielle de la tumeur au moyen du trocart de Koeberlé. Il s'écoule un liquide ayant tous les caractères objectifs de celui des kystes du parovaire.

La tumeur est amenée au dehors et on peut constater qu'elle est supportée par un pédicule large de 4 centimètres, long de 10 centimètres, se continuant inférieurement avec le bord supérieur du ligament large, sur lequel il s'implante à deux travers de doigt de la corne utérine. Ce pédicule est tordu sur lui-même et présente un tour et demi de spire. L'ovaire étiré est accolé au pédicule, il a suivi le mouvement de torsion de ce dernier, et il est considérablement violacé. Il en est de même de la trompe.

Double ligature en chaîne et section du pédicule suivant le procédé habituel.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste du parovaire, et on trouve à sa surface les deux feuillets du ligament large.

Binnaud et Chavannaz n'ont pas bien cherché lorsqu'ils prétendent n'avoir pas rencontré de faits semblables dans la littérature médicale.

Symptômes de la torsion du pédicule. — Dans le cas de Binnaud et Chavannaz, la torsion ne s'est accompagnée d'aucun phénomène cliniquement appréciable. Mais on peut se demander si les crises douloureuses que la malade accusait depuis 4 ans dans son flanc gauche doivent être attribuées à la présence du kyste. Car il est peu probable qu'elles doivent être mises sur le compte de coliques néphrétiques.

Mais dans le cas de Fauvell, c'était bien la torsion du pédicule qui avait été le point de départ des symptômes aigus constatés.

Tandis que dans celui de Cortiquera, le ventre augmenta démesurément de volume sans douleur, sans trouble d'aucune sorte.

Anatomie pathologique. — Le pédicule peut être trouvé tordu jusqu'à trois ou quatre fois.

Cette torsion peut provoquer de la gangrène des parois du kyste. Il existe en outre presque toujours des adhérences. L'ovaire peut se trouver accolé au pédicule dont il a suivi le mouvement de torsion, il

est alors considérablement congestionné, ainsi que la trompe.

Le pronostic est donc sérieux puisque outre des accidents de péritonite, il peut se produire le sphacèle de la tumeur.

Purulence. — Castaneda n'avait pas vu un seul cas, ni lu une observation où il put rencontrer la suppuration d'un kyste des ligaments larges.

Lesavre (*loc. cit.*, p. 22, dit : « Nous ne connaissons pas un seul exemple de kyste parovarique enflammé. » Et pour corroborer cette opinion, il n'accepte pas comme étant un kyste parovarique le kyste à contenu purulent présenté par Izenard à la Société anatomique sous le titre de kyste parovarique (*Progrès méd.*, 1876, p. 134).

Nous allons montrer que la purulence des kystes des ligaments larges est une complication que l'on doit connaître.

Cette supuration s'accompagne toujours de symptômes généraux intenses. Elle peut être primitive ou secondaire.

Le docteur *Ch. Mourret* (de Nemours) (*Rev. clinique d'andrologie et de gynécologie*, p. 41, mai 1895) décrit un kyste paraovarique suppuré à évolution rapide, avec septicémie puerpérale ; péritonite infectieuse aiguë, méningite infectieuse ; abcès lymphangitique. Guérison après laparotomie.

L. G..., 26 ans, père mort de cirrhose atrophique.
Réglée à 13 ans très irrégulièrement.

Elle a toujours eu de la leucorrhée.

A 18 ans dilatation stomacale. Mariée en mars 1894. Elle devient enceinte en avril.

En août elle était très grosse. Elle ressentait des douleurs diffuses dont le maximum était dans la région cæcale. En octobre hydramnios. A cette époque pas de tumeur constatée du côté des annexes : l'enfant était vivant ; la malade marchait assez difficilement.

Le 31 décembre, commencement de travail, vers 9 heures du soir. Accouchement normal, si ce n'est délivrance un peu précipitée. Les jours suivants, l'utérus tarde à revenir sur lui-même et le ventre resta un peu gros. A la palpation pas de tumeur décelée. Température normale. Levée le huitième jour.

Le 15 janvier, frisson. Traitement : calomel, injections phéniquées.

19 janvier, fatigue. Le soir malaise. 39° 6. Quelques frissons. Ventre douloureux. Selles normales. Traitement calomel, injections intra-utérines de sublimé.

21 janvier, symptômes nets de péritonite aiguë : Sangsues placées en permanence. Piqûres de morphine. Champagne. Grogs et lait.

Pendant plusieurs jours mêmes symptômes : Température 39°. Vomissements, faciès grippé, etc.

Sa mère, qui la soignait, avait un panaris.

Le ventre est énorme, très douloureux. Quand on le palpe, on sent dans la fosse iliaque droite une résistance profonde, vague, qu'on peut très mal explorer, en raison du météorisme et de la douleur locale maxima en ce point.

Matité dans cette région. La masse indurée offre environ le volume d'une petite orange.

Au toucher, utérus petit, très mobile. Rien dans les culs-de-sac. Pas de douleur par la pression digitale à leur niveau. Constipation absolue depuis 4 jours. Urines rares. Frissons erratiques. Par moments tendance à l'algidité.

M. Hamonic appelé en consultation prescrit : teinture de jalap et injections d'éther, le soir débâcle fécale.

Amélioration. — La malade s'alimente un peu. Température 38° matin, 39° soir. Le 25 février, dans la soirée, grand frisson et 40°. Pouls 140. Tous les symptômes de péritonite ont repris avec plus d'intensité que jamais.

Depuis quelque temps, je sentais se développer sur la ligne médiane du ventre une tumeur intra-abdominale globuleuse, fluctuante, régulière, dont je suivais de jour en jour l'accroissement. On eut dit

la vessie distendue par l'urine, si le cathétérisme explorateur n'avait démontré que le réservoir n'y était pour rien.

M. Hamonic diagnostique kyste parovarique uniloculaire à évolution rapide et probablement suppuré. Il est d'avis de faire la laparotomie immédiate.

Opération par M. Hamonic.

Incision médiane, de l'ombilic au pubis. Il arrive sur la tumeur. Constate qu'elle est complètement adhérente à la paroi, l'ouvre. Il s'écoule un liquide séreux, citrin et clair (5 litres). Bientôt, le liquide devient complètement purulent (1 litre 1/2). Le pus, en raison de sa densité, occupait les parties déclives. A la fin, M. Hamonic ramène avec ses doigts une grande quantité de bouillie blanchâtre, épaisse comme un précipité cailleboté et renfermant des masses spongieuses (pus concentré) rappelant vaguement des hydatides. Nettoyage soigné de l'intérieur de la poche au sublimé.

Cela fait, l'opérateur commence à détacher les adhérences. Il libère la paroi du kyste, d'abord en haut, puis glissant sa main dans le ventre, il isole la poche sur les parties latérales. Cette manœuvre est assez pénible. Il attire le kyste à l'extérieur, et le maintien avec des pinces. Il est aisé à ce moment

de constater que le kyste a pour origine le parovaire droit.

La partie inférieure du kyste est complètement fusionnée avec le cæcum, l'utérus et la vessie. Ces adhérences sont extrêmement solides et ce serait folie d'essayer de disséquer la poche et de l'isoler.

L'opérateur résèque alors toute la portion du kyste qu'il a pu ramener à l'extérieur, c'est-à-dire les $\frac{2}{3}$ environ, et il fixe les bords de la partie de la poche qui va rester, aux lèvres de la plaie, à l'aide de 45 points de suture à soie n° 2 (marsupialisation). L'intérieur de la poche est uniloculaire, lisse et régulier.

Une fois l'opération terminée, il reste une cavité capable de loger le poing, M. Hamonic la bourre de gaze iodoformée.

Environ 2 mois $\frac{1}{2}$ après, à la suite d'alternatives d'affaissement et de rémissions, de symptômes de méningite septique, et d'un abcès à la suite de piqûre d'éther, la malade se lève, mange, dort, va à la selle naturellement, urine. Pouls régulier. Température normale. Plus d'albumine. M. le docteur Mourret fait constater qu'il ne sait si la malade portait déjà ou non un kyste paraovarique. Cette tumeur a subi un développement exceptionnel au point de vue de la rapidité. Il voyait la tumeur grossir de jour en jour « comme un abcès ». Il

croit que l'état infectieux a créé des conditions favorables à cette marche spéciale de la tumeur.

Il a constaté dans le sang une quantité considérable de streptocoques et de vibrions septiques et en a retrouvé dans l'urine qui renfermait de nombreux cylindres épithéliaux et des leucocytes bourrés de microbes.

L'examen histologique de la poche a démontré qu'elle était constituée par une paroi fibreuse épaisse dont le stroma se condense de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de la cavité. A un moment donné, les fibres lamineuses forment une couche qui paraît amorphe à première vue. Cette couche est tapissée du côté de la cavité kystique par des cellules aplaties à gros noyaux.

Baigent (W.) (*British Méd. Journ.*, 885, p. 600) raconte que la nommée M. G... fut admise le 20 décembre 1884 à l'hôpital de Newcastle on Tyne, se plaignant de ballonnement du ventre.

Le ballonnement fut d'abord remarqué en avril 1883 occupant maintenant les deux régions iliaques et atteignant aussi haut que l'ombilic. Matité à la percussion. On pouvait sentir la fluctuation.

Pendant les semaines qui précèdent son admission la malade avait ressenti de violentes douleurs.

Amaigrissement très rapide. Elle était très abattue, ne pouvait reposer, était pâle et affaissée.

Le 10 janvier 1885 : ouverture du ventre. On découvre un large kyste. Il contenait un pus d'une odeur infecte. Plusieurs petits kystes s'y adjoignaient, ils étaient clairs, translucides, sans liquide purulent. La tumeur était située entre les plis du ligament large gauche, adhérente à l'anse sigmoïde et du cæcum.

Une petite portion adhérente à l'anse sigmoïde fut laissée en place. En la séparant des adhérences cæcales, un petit abcès fut ouvert et une ulcération de la dimension d'une pièce de vingt sous fut découverte sur le péritoine, conduisant dans la cavité du tissu cellulaire rétro-cæcale, de laquelle du pus s'échappait, mais entre laquelle et l'intérieur du cæcum on ne put trouver aucune communication, malgré un examen très attentif avec le doigt. Les gaz, cependant, s'échappaient par l'ulcération. L'hémorrhagie fut considérable. Un drain fut passé à travers l'ulcération dans la cavité de l'abcès et attaché à l'ouverture abdominale. Il n'y avait point de pédicule.

L'incision fut refermée.

12 janvier : pansement, suppuration considérable, odeur fécaloïde. Les gaz s'échappent à travers le drain.

13 janvier : pendant la nuit la malade eut la sensation d'une déchirure. Une grande quantité de

matières fécales fut trouvée dans le pansement, et continue à décroître jusqu'au 20 janvier, moment où le drain fut raccourci.

Le 30 janvier la température s'élève de 99° à 103° Fahrenheit. La malade eut plusieurs frissons suivis de sueurs. Cela ne persista pas.

15 février : la plaie est cicatrisée. Le ballonnement de la région iliaque décroît lentement. 1^{er} mars, sortie guérie.

A ces cas nous ajouterons celui de Stark (*Lancet clinic. Cincin.*, 1890, p. 707 à 709) qui nous décrit un kyste intra-ligamentaire contenant du pus et dont les parois étaient gangrénées. Il énucléa la tumeur qui avait de nombreuses adhérences et sa malade sortit guérie de l'hôpital.

De même Moseley (W. E.) (*Med. J. Balt.*, 1888-89) pratiqua une laparotomie dans un cas de kyste du ligament large suppuré et obtint un succès.

La suppuration des kystes des ligaments larges est moins grave aujourd'hui, puisque l'on peut enlever ces kystes.

Un fait à noter, c'est que, dans la plus grande partie des cas, on trouve, en même temps que le pus, du liquide kystique clair. Néanmoins les adhérences que ces kystes contractent avec tous les organes voisins, la température élevée qui est le résultat de la suppuration, la possibilité de gangrène

des parois kystiques sont des causes qui, bien qu'augmentant un peu la gravité de l'acte opératoire, en indiquent néanmoins l'absolue nécessité, l'opération étant le seul moyen d'empêcher la dissémination du pus dans la cavité péritonéale.

III. — La *rupture* des kystes des ligaments larges est en général très grave, puisque, dans le premier cas publié par Bright, la malade mourut subitement.

Dans un autre cas de Gairdner (*Brit. Méd. J.*, 1876), une malade qui portait un kyste volumineux vit la disparition subite de la tumeur, avec sensation d'épanchement de liquide clair dans l'abdomen. Cet épanchement, qui ne fut suivi d'aucun accident inflammatoire, se résorba très rapidement. A la mort, survenue seize mois plus tard, l'autopsie montra un kyste paraovarique uniloculaire, flasque, complètement vide, gonflé; il atteignait le volume d'une tête de fœtus.

Nous voulons citer West, qui fut consulté par une femme de 50 ans, chez qui il diagnostiqua kyste paraovarique, de la grosseur d'une petite tête de fœtus, qui disparut subitement. Avait-il bien affaire à un kyste du ligament large?

Nous faisons la même objection pour une malade de Lanelongue, de Bordeaux. Ce chirurgien fit à sa malade une première ponction. Deux mois

après, une seconde. Le liquide se reproduisit une troisième fois et, un mois plus tard, le kyste était aussi distendu que lors de la deuxième ponction. Ayant, quelques jours après, voulu, avant d'intervenir plus activement, faire un nouvel examen, il constata que la poche s'était affaissée et que les signes d'un épanchement péritonéal avaient brusquement remplacé ceux du kyste. Dans la nuit, celui-ci s'était rompu et avait versé son contenu dans le péritoine. Aucune réaction, aucun vomissement, aucune douleur ne suivirent cette rupture. Le liquide se résorba progressivement.

Demons (*Gaz. hebd. des Sc. de Bordeaux*, 1896, p. 219) est d'avis « que la rupture des kystes contenant un liquide séreux, clair comme les kystes du parovaire, est moins grave que celle des kystes de l'ovaire à contenu sanguin et purulent, et qu'elle amène parfois la guérison définitive ». C'est là une chose bien compréhensible et que l'on admettra facilement que la rupture d'un kyste contenant du pus est plus grave que celle d'un kyste à liquide séreux.

IV. — L'*hémorrhagie intra-kystique* est un fait qui n'est pas fort rare.

Winckel cite un cas dans lequel il retira, par la ponction, des liquides offrant des colorations variant depuis une légère coloration jaunâtre jusqu'au

rouge foncé. L'examen microscopique fit alors voir des globules rouges du sang très nets.

Kæberlé extirpa un kyste intra-ligamentaire contenant du liquide sanguinolent. L'énucléation en fut très difficile.

Vindevogel rapporte à la Société belge d'anatomie pathologique, dans le premier semestre de 1896, l'histoire d'une femme portant une tumeur abdominale. Chez cette femme, on trouva, au cours de la laparotomie, des adhérences intimes, entre la vessie, l'appendice, le cæcum et les organes du petit bassin. Toute opération radicale étant impossible, on referma le ventre et on pratiqua l'anus artificiel.

La malade ne tarda pas à succomber à la péritonite. On fit l'autopsie et, après une dissection très pénible, on réussit à découvrir les altérations suivantes : présence du pus dans le petit bassin ; transformation de l'appendice en une masse lardacée, volumineuse. Kystes de la trompe, du ligament large à contenu hématique, et kystes ovariens (*Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 30 juillet 1896).

O. Guelliot (*Union médicale du Nord-Est*, 1893, p. 7) expose qu'une jeune fille de 20 ans lui fut adressée par le docteur Pitoy, qui avait constaté une tumeur du ventre. Les règles, apparues à l'âge de 13 ans, ne viennent que tous les 2 ou 3 mois. La santé est

excellente. Les parois du ventre sont très chargées de graisse et on délimite mal la tumeur, qui occupe le côté droit; elle a le volume d'une tête d'adulte, paraît rénitente et jouit d'une certaine mobilité. Le col utérin est conique; les culs-de-sac antérieur et latéral droit sont en grande partie effacés. L'utérus, petit, est repoussé en arrière de la tumeur. L'opération fut retardée par une poussée de douleurs avec tympanisme abdominal.

Opération. — Longue incision cutanée.

Péritoine épais, presque fibreux. Après son incision, on aperçoit la surface grise d'un kyste qui adhère de toutes parts; il faut rompre quelques adhérences pour se donner du jour et ponctionner. Il en sort un liquide assez foncé, d'un brun rougeâtre, paraissant fortement coloré par le sang (ce liquide, qui devait être examiné, a malheureusement été perdu).

Il est facile de se convaincre que le kyste adhère en totalité, qu'il est contenu dans une poche péritonéale et qu'il s'agit en réalité d'un kyste du ligament large complètement inclus.

La décortication se fait d'abord assez facilement, mais à mesure qu'on s'avance, les adhérences sont de plus en plus résistantes; quelques-unes contiennent de gros vaisseaux et sont coupées entre deux ligatures.

Le kyste est largement ouvert; la main gauche, qui y est introduite, guide la main droite, qui continue la dissection.

On arrive ainsi sur un pédicule profond très vasculaire, qui est lié, et le kyste peut être enlevé en totalité.

Les parois sont épaisses, sillonnées de grosses veines; la face interne, un peu tomenteuse, est couleur lie de vin; elle a dû être le siège de petites hémorragies qui ont coloré le liquide contenu.

La loge péritonéale vide de la tumeur est close de tous côtés. Suture à triple étage des deux tiers supérieurs de la plaie et drainage à la Mickulicz.

La cavité se comble rapidement et, six semaines après l'opération, il ne reste qu'une petite plaie superficielle complètement cicatrisée quelques jours après. La jeune fille ne souffre plus et va se marier.

J. Schramm opéra aussi une malade qui guérit. Elle avait un kyste extra-ligamentaire contenant un liquide noirâtre mélangé de sang; la poche, très épaisse, était tomenteuse. A sa face interne, les parois avaient de fortes adhérences avec l'intestin.

Doege (Karl W.), dans une observation que nous rapportons plus loin à propos de « kyste parovarien compliqué par le passage d'un calcul du rein », trouva chez sa malade un kyste qu'il reconnut être parovarien, dont la grosseur était celle d'une

orange. Ce kyste était entouré de nombreux vaisseaux sanguins, ses parois minces et transparentes montraient un contenu sanguin noir. En essayant la décortication, il se rompit; une grave hémorrhagie survint qui fut arrêtée en tamponnant le fond. A l'intérieur, contenu d'un caillot de sang brunâtre du diamètre d'une pièce de 5 francs, provenant de la rupture d'un vaisseau sanguin Guérison.

Les kystes à contenu sanguin ou à liquide teinté de sang ont une paroi généralement épaisse, ils acquièrent des adhérences intimes avec la vessie, le cæcum, les organes du petit bassin, à tel point que parfois, comme dans l'observation de Vindevogel, toute opération radicale est impossible. Ces adhérences sont très résistantes et quelques unes contiennent deux gros vaisseaux que l'on doit sectionner entre deux ligatures.

Les parois kystiques, sont épaisses, sillonnées de grosses veines.

La face interne est tomenteuse, et l'on y remarque souvent de petites érosions qui paraissent être le point de départ des hémorrhagies qui ont coloré le liquide contenu.

A propos d'une malade opérée dans le service de Trélat, Christen fit en 1886 une thèse sur :

V. *Hernies et kystes paraovariques*. — Ces tumeurs se révèlent par : *Signes positifs* (page 52).

De la déviation utérine. La constatation d'un pédicule. La possibilité d'obtenir de la fluctuation. La transmission des mouvements de traction à l'utérus et vice-versa.

Signes négatifs. — Pas d'augmentation de volume, pas d'augmentation de la douleur au moment des règles.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, ces productions sont caractérisées par des kystes unis ou multiloculaires et l'on doit y penser, même quand le pédicule n'est pas absolument évident, alors que, au microscope, on constate des tubes droits plus ou moins contournés, plus ou moins kystiques, avec un revêtement d'épithélium cylindrique simple ou stratifié, vibratile ou non.

Ces tumeurs doivent toujours être enlevées.

Leur diagnostic ne devra pas être fait avec les entéroccèles qui sont sonores et donnent du gargouillement.

L'affection avec laquelle on confondra le plus facilement ces tumeurs, est la hernie de l'ovaire; mais celle-ci est beaucoup plus souvent congénitale qu'acquise. Cette hernie congénitale de l'ovaire est souvent double, elle coïncide la plupart du temps avec des anomalies ou des vices de conformation des organes génitaux tels que : absence d'utérus ou hermaphrodisme, et souvent l'étroitesse du bassin. Si la

tumeur reste petite et indolente jusqu'à la puberté, on la voit grossir et devenir douloureuse d'une façon régulière à chaque période menstruelle. En outre la pression de la tumeur provoque une sensation douloureuse, quelquefois comparable à la pression du testicule, et un éréthisme quelquefois douloureux, quelquefois même voluptueux.

On ne confondra pas cette tumeur avec les kystes et lipomes de la grande lèvre, non plus qu'avec les adénites.

Le traitement des hernies des kystes des ligaments larges ce sera toujours l'ablation.

L'opération consistera dans l'incision couche par couche des tissus, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la tumeur que l'on disséquera soigneusement de façon à isoler le pédicule. On placera sur celui-ci une ligature simple ou double et on sectionnera. Suture de la plaie. Drain s'il est nécessaire.

VI. — *La grossesse compliquée d'un kyste paraovarique* doit être spécialement étudiée.

S. Toogood (*British Med. Journ.*, 9 mai 1896) vit une primipare de 26 ans, se croyant enceinte de quatre mois, malgré un léger écoulement mensuel. Elle fut admise à l'infirmerie de Lewisham avec le diagnostic de grossesse ectopique.

Elle ressentait des douleurs abdominales très vives, accrues depuis un mois.

A gauche existait une tumeur mate, molle, élastique, remontant à l'ombilic, emplissant par le vagin tout le cul-de-sac de Douglas.

Le col était refoulé en haut et en avant, il était élargi mais ferme. Il y avait impossibilité d'établir les rapports entre l'utérus et la tumeur.

A l'incision abdominale, Toogood trouva un utérus gravide et un kyste parovarien du volume d'une noix de coco, enclavé dans le bassin.

Il enleva ce kyste sans difficulté. La guérison fut rapide. La grossesse continua à évoluer.

Castaneda cite le cas d'une femme qui, devenue enceinte, est accouchée à terme, alors que le kyste du ligament large commençait à faire grossir l'abdomen.

Lawson-Tait opéra avec succès, une femme enceinte de quatre mois, qui portait un kyste du ligament large.

Mundé opéra une femme qui portait deux tumeurs : une à gauche, l'autre à droite. Celle de gauche était un kyste dermoïde de l'ovaire, celle de droite un kyste du parovarium ; 48 heures après l'opération, la femme expulsa un œuf de six mois.

Rappelons que dans deux cas de kystes hydatiques des ligaments larges, cités par Park et Roux, le kyste apportait un tel obstacle à l'accouchement qu'il fallut le ponctionner à travers la paroi

vaginale pour permettre l'expulsion du fœtus.

Influence sur la grossesse. — Ordinairement, les troubles de la grossesse s'accroissent sous l'influence de ces tumeurs. Ils résultent de la compression exagérée que supportent les viscères abdominaux.

Ces troubles s'observent généralement dans les premiers mois de la grossesse, à l'époque où l'utérus, encore dans le petit bassin, emplit complètement cette cavité lorsque la tumeur s'adjoint à lui.

Ou bien le kyste, en grandissant, élève l'utérus au-dessus du détroit supérieur, et, à mesure qu'il augmente de volume, il le repousse du côté opposé.

Pronostic. — Les kystes des ligaments larges, pendant la grossesse, s'accroissent rapidement.

En présence de la dystocie qu'ils peuvent causer, on ne doit pas hésiter à accepter comme traitement : l'ablation, dès qu'on les reconnaît.

VII. — Une autre complication, c'est la *coexistence des kystes séreux du ligament avec les gros fibromes à évolution abdominale*.

Pozzi (*Traité gyn.*, p. 259) dit : « Je crois qu'il y a là plus qu'une rencontre fortuite, et le mouvement nutritif exagéré, résultat de la grossesse fibreuse, doit favoriser le développement de ces kystes aux dépens des vestiges du corps de Wolff qui sommeillent dans le parametrium ».

Quelquefois, ces kystes accompagnant les fibromes peuvent acquérir un poids énorme, tel celui opéré par Wylie (W. G.), qui pesait 74 livres.

On a vu les *kystes des ligaments larges causant l'obstruction intestinale*. A ce sujet, Reamy (T. A.) (*Med. News. Phila.*, 1891) relate l'observation d'une femme à laquelle il fit une laparotomie. Cette femme présentait une tumeur abdominale, qu'il reconnut, lors de l'opération, être un kyste du ligament large dont le pédicule était tordu. Depuis plusieurs jours, elle présentait des phénomènes d'obstruction intestinale dont la cause était la présence du kyste. Elle sortit guérie du service de Reamy.

L'hydro-salpinx peut s'associer aux kystes des ligaments larges. — Small trouva, en même temps qu'un kyste du ligament large droit, un hydro-salpinx (*Rep. Murdock. Free Surgeon Hosp. from Women*, 1887-1888).

Price (*Phila. Med. Times*, 1886-1887) trouva, en même temps qu'un kyste du ligament large droit, un double pyosalpinx et un abcès de l'ovaire du côté droit. Le professeur Mez montre, à la Société gynécologique d'Amsterdam, séance du 13 février 1889, une préparation dans laquelle il existait un *kyste parovarien gros comme une pomme et une tumeur fibreuse de l'ovaire correspondant*, tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant.

Les *kystes des ligaments larges* peuvent évoluer en même temps que les *kystes de l'ovaire*. Observation. Ce n'est pas un fait rare.

Kyste pauciloculaire de l'ovaire gauche. Kyste parovarien du même côté. Ovariectomie unilatérale.

La nommée Zélie B..., âgée de 50 ans, entre, le 7 avril 1893, dans le service de M. le professeur Terrier, où elle a été opérée par M. le docteur Henri Hartmann.

Dans ses antécédents, on relève que toujours sa menstruation fut régulière.

Ménopause à 48 ans.

Quatre grossesses, dont une gémellaire. La dernière remonte à 26 ans. Les couches ont toujours été régulières.

Il y a quatre ans que la malade a trouvé que son ventre commençait à grossir.

Cet accroissement a marché plus vite ces cinq derniers mois.

Il y a six semaines, sans cause apparente, la malade a eu des métrorrhagies peu abondantes, mais qui ont duré 3 semaines. Elles ont cessé depuis 3 semaines. Cependant, le lendemain de son entrée, elle avait encore une petite hémorrhagie.

État actuel. — Il existe des troubles fonctionnels dus au développement du kyste; essoufflement habituel depuis 6 mois; un peu de constipation; le

ventre est régulièrement développé, mais un peu plus dans la région sus-ombilicale.

Dimensions :

De l'appendice xiphoïde au pubis.	50 c.
De l'ombilic au pubis.	20 c.
D'une épine iliaque à l'autre. . .	65 c.

La cicatrice ombilicale est dépliée, non saillante.

Le palper ne délimite pas la tumeur; on ressent une résistance élastique uniforme.

La percussion délimite une tumeur globuleuse, régulière, remontant jusqu'à l'épigastre, emplissant tout le ventre. On ne trouve de la sonorité qu'à l'épigastre, dans l'espace de Traube et tout à fait dans les flancs.

Toucher. — Prolapsus très marqué de la paroi antérieure du vagin. (La malade porte un pessaire depuis 5 ans.)

L'utérus est petit, très mobile.

Le col est entr'ouvert, mou.

Le kyste est accessible dans le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit.

Laparotomie, le 4 avril 1893, par M. le docteur Henri Härtmann, aidé par M. Baillet.

Adhérences en masse du kyste à toute la paroi abdominale antérieure. Nous détachons, avec la

main, des adhérences qui saignent un peu; mais se laissent facilement décoller.

Examen de l'urine : en 24 heures, 850 grammes, légèrement acide. Densité : 10.21. Urée, en 24 heures : 14 gr. 85. Ni sucre, ni albumine, ni pigments.

Ponction. — Evacuation de 10 litres de liquide visqueux, gris brun. Sortie du kyste. On voit alors que la totalité de la masse est formée par deux kystes superposés, indépendants, séparés par une partie rétrécie, constituant le pédicule du premier (au moins telle est l'apparence). Le kyste inférieur est recouvert d'un feuillet séreux et manifestement inclus dans le ligament large. La ligature est faite avec 3 fils en chaîne, sur le pédicule ovarien venant de la fosse iliaque. On sectionne ensuite le feuillet séreux et on énuclée le deuxième kyste. Il crève et donne issue à 2 litres de liquide semblable à de l'eau de roche. A ce moment, on voit qu'il est possible de le soulever du bassin et de pédiculiser. Le troisième fil du pédicule, non noué, est serré après avoir été entrecroisé. Ablation de ce dernier kyste.

A droite, les annexes saines sont laissées en place.

Poids de la poche kystique : 630 grammes.

Contenu — : 10 litres.

Suites opératoires. — La température n'est montée

que deux fois le soir, au-dessus de la normale, il y avait 38°.

2 jours après l'opération, gaz par l'anus.

Le soir de l'opération, crachats sanglants. 2 jours après, dyspnée; application de ventouses.

8 jours après l'opération : pansement et ablation des fils.

12 jours après l'opération, il existe encore un peu de dyspnée : nouvelle application de ventouses. Elle sort guérie le 2 mai 1893. Pas de fistules.

Christovitch (M.) signale un cas à peu près semblable, dans lequel il dut faire une ovariectomie double. Il obtint aussi la guérison de sa malade (*Rev. méd. pharm.*, Constant, 1893, p. 82).

Péan (*Diagn. et trait. des tumeurs viscérales*, 1895) dit avoir trouvé un *kyste parovarien et une tumeur de l'ovaire correspondant* reliée au kyste par un tractus cellulo-vasculaire.

Le même auteur a vu un *kyste parovarien accompagné d'un petit kyste de la trompe*, blanchâtre, gros comme une pomme.

Dans sa statistique, nous relevons, accompagnant les kystes des ligaments larges :

Corps fibreux de l'utérus. 3 cas.

Hypertrophie de la trompe. 3 —

— l'ovaire 5 —

Kystes du mésentère.	1 cas.
Exomphale.	1 —

Ces *kystes* peuvent s'accompagner de calculs biliaires. Parvin (T.), enlevant un kyste du ligament large, dut, dans un cas de lithiase, faire une cholécystotomie (*Indiana*, M. J. 1892, 1893, t. XI, p. 33).

Doege Karl W. relate dans le *Medical Record* du 16 sept. 1895, p. 372, le cas d'une femme atteinte de *kyste parovarien compliqué par le passage d'un calcul du rein*, simulant et diagnostiqué comme grossesse ectopique.

Il s'agissait d'une femme âgée de 28 ans, travaillant dans une ferme. Elle eut 2 enfants.

Elle a toujours été bien réglée.

Elle fut prise subitement, une semaine avant son entrée à l'hôpital, de douleurs extrêmement violentes dans le côté droit, et d'une faiblesse extrême. Doege la vit 6 heures après le début de ces symptômes. Ses mains et ses pieds étaient froids. Le corps était couvert d'une sueur froide. En même temps, frissons violents.

La face était violacée. Le pouls : 92. Température normale.

A la palpation, on trouvait une grande sensibilité des régions inguinales et hypogastriques.

Le toucher vaginal était difficile à cause de l'ex-

trême sensibilité de la région. Les culs-de-sac donnaient la sensation de plénitude.

A droite était rejeté le col; et l'on sentait en cet endroit les pulsations violentes des artères:

. Pas d'envies d'uriner.

Dœge pense à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Il pensa au passage d'un calcul rénal, mais rejeta ce diagnostic, parce qu'il n'existait pas d'envies d'uriner.

Traitement. — Repos. Froid. Morphine.

La malade se sent bien après 3 jours et sort. Aucun calcul ne fut découvert. Elle ne revient pas subir un nouvel examen.

Le mois suivant, les règles ne furent pas si abondantes; elles s'interrompirent. Le jour où les règles cessaient, il y eut une nouvelle attaque semblable à la première. La convalescence ne fut pas si complète; il subsistait de légers élancements dans la partie inférieure de l'abdomen.

La semaine où on l'examina de nouveau; la palpation révélait de la sensibilité et une sensation de plénitude dans la région inguinale et hypogastrique.

Au toucher, combiné du palper, on sent une tumeur kystique de la grosseur d'une orange, elle est légèrement mobile, située près du côté gauche de

l'utérus. Elle est très sensible à la pression, et circonscrite par de larges artères, tortueuses à sa partie inférieure.

L'utérus est légèrement augmenté de volume, et le fond tourné à droite.

Ces signes firent penser à intervenir pour grossesse ectopique.

Une semaine après, assisté de MM. Lathrop et Budge, *Dæge* fait la laparotomie et trouve un kyste de la grosseur d'une orange, entouré de nombreux vaisseaux sanguins, ses parois minces et transparentes montrent un contenu sanguin noir. On reconnaît avoir affaire à un kyste parovarién. En essayant la décortication, il se rompit; une grave hémorrhagie suivit, qui fut arrêtée en tamponnant le fond. Il y avait, en outre, 3 ou 4 petits kystes qui furent enlevés avec le gros. Les 2 trompes étaient saines.

A l'intérieur, contenu d'un caillot de sang brunâtre du diamètre d'une pièce de 2 francs provenant de la rupture d'un vaisseau sanguin.

Le diagnostic de grossesse ectopique fut donc reconnu erroné.

Convalescence sans incident.

La malade devait quitter l'hôpital le 21^{me} jour, quand, la veille de son départ, elle fut prise de douleurs lancinantes semblables à celles de ses attaques

précédentes. Ces douleurs siégeaient juste au-dessous des seins, elles furent calmées par la morphine. Alors, Døge crut à une attaque d'hystérie.

Une semaine après elle sort de l'hôpital, guérie.

Trois semaines plus tard, le mari apporte un calcul expulsé; ce calcul était un peu plus gros qu'un pépin d'orange.

La connaissance de ces complications est nécessaire pour éviter des erreurs de diagnostic.

De même dans le cas de A. Routh (*Press. Méd. And Circ. Lond*, 1894, p. 383) le diagnostic était difficile car il s'agissait d'un *kyste intra-ligamentaire associé à un kyste du vagin* dû à la distension du canal de Gœrtner.

Enfin, pour citer les *cas tératologiques* mentionnons le *kyste paraovarique avec hermaphrodisme, double kyste dermoïde des ovaires*, cité par Audain dans les *Ann. gynécol.* de 1893.

Une femme de 29 ans à allures un peu masculines présentait : fortes moustaches, barbe épaisse, poitrine, abdomen et cuisses couvertes de poils longs; clitoris de la longueur d'un doigt et qui avait 3 centimètres de grosseur.

Le kyste paraovarique ne présentait rien de particulier. Il se trouvait à côté du gros kyste dermoïdes à gauche. Les 3 kystes furent enlevés. Les résultats opératoires furent excellents. Un cas de Depage

(Ann. soc. Belge chirurgic., 1894, p. 170) a trait à un *kyste de l'ovaire et du ligament large. Un cas d'utérus trifide*. — Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels. Règlée pour la première fois à 18 ans 1/2, douleurs au moment des règles, au troisième jour des menstrues et duraient parfois pendant 10 jours pour réapparaître ensuite d'une façon régulière et constante à l'époque menstruelle suivante. L'état général est satisfaisant; coloration intense de la face; cœur normal; rien du côté de la poitrine et du tube digestif.

A l'examen objectif l'abdomen est peu développé, un peu plus proéminent du côté gauche; la peau du ventre est normale

A la palpation on sent dans la fosse iliaque du côté gauche une tumeur du volume d'une tête d'enfant dépassant légèrement à droite la ligne médiane. Cette tumeur est peu mobile, paraît fluctuante, irrégulière, mais non lobulée, et s'enfonce dans le petit bassin. A côté, à droite et en dessous de celle-ci, immédiatement derrière le pubis, on sent une seconde tumeur, plus dure que la première et ne paraissant pas fluctuante; elle semble avoir le volume du poing et s'enfonce également dans le petit bassin.

Au toucher vaginal on ne sent pas le col de la ma-

trice, mais dans le vagin bombe une tumeur qui s'étend surtout à gauche.

Au spéculum on constate que le col est porté en avant et à droite; il est complètement effacé et ne se manifeste que par un orifice arrondi.

Le cathétérisme démontre que l'utérus est complètement refoulé à droite et qu'il mesure 6 centimètres, la vessie a également dévié à droite et se trouve au devant de la matrice.

Par le toucher combiné avec le palper abdominal on constate que la tumeur qui fait saillie dans le vagin glisse sur la tumeur fluctuante observée par le palper-abdominal. Les deux poches sont indépendantes l'une de l'autre bien qu'elles se touchent.

Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale fluctuante ne se transmettent que très faiblement au col de la matrice, tandis que ceux imprimés à la tumeur solide s'y transmettent parfaitement ainsi qu'à la tumeur qui bombe dans le vagin. Par le toucher rectal on ne sent rien de particulier.

Le diagnostic dans ce cas fut douteux. Notre première impression fut: kyste de l'ovaire; mais à l'examen minutieux, il nous parut plus logique d'admettre l'existence de tumeurs fibreuses multiples sous-péritonéales développées près du col de la matrice. Ce diagnostic nous parut d'autant plus admissible qu'il était d'accord avec les symptômes de la

maladie. Il fut décidé d'intervenir par la laparotomie. Celle-ci fut faite le 14 avril d'après les méthodes habituelles sous l'asepsie la plus rigoureuse. A l'ouverture du ventre, on arriva sur une tumeur fluctuante, kystique, développée dans le ligament large, en connexion intime avec la tumeur qui se trouvait derrière le pubis et celle qui bombait dans le vagin. Ce kyste était très adhérent, en avant, à l'épiploon qui le recouvrait tout entier, et profondément aux intestins. L'extirpation du néoplasme fut difficile, laborieuse et l'on eut beaucoup de peine à mettre une ligature en chaîne à sa base. Impossible d'enlever les autres tumeurs par la voie abdominale.

En enfonçant la main dans la fosse iliaque droite on constata que l'ovaire avait le volume d'un gros œuf et qu'il était kystique. Cet ovaire fut extirpé. On referma alors le ventre; on appliqua un pansement provisoire et on mit la femme dans la position gynécologique afin d'attaquer les autres humeurs par la voie vaginale; incision circulaire autour du col, décollement de la vessie, ouverture des culs-de-sac; placement de pinces au fur et à mesure qu'on libéra les côtés de la matrice. Ce fut celle-ci qu'on extirpa d'abord, puis on enleva la tumeur sous-pubienne et enfin, en dernier lieu, la tumeur kystique qui occupait tout le bassin du côté gauche. Cette opération par le bassin fut des plus pénibles;

elle dura plus d'une heure et nécessita le placement d'une dizaine de pinces.

Pansements vaginal et abdominal aseptiques habituels.

Toutes les tumeurs renfermaient du sang altéré, ressemblant à une bouillie noire qui contenait de petites concrétions sanguines. Un fait qui nous a frappé, c'est que la tumeur du petit bassin qui, avant l'opération, avait des parois minces et offrait les dimensions d'une tête d'enfant, s'était fortement contractée à la suite de l'écoulement de son contenu, au point de ne plus présenter que le volume d'une pomme; les parois, par contre, s'était fortement épaissies. La tumeur qui paraissait solide à l'examen était également cavitaire, contenait du sang, et avait diminué après l'ablation; mais le phénomène sur celle-ci était moins visible que sur la tumeur précédente.

Les suites de l'opération furent simples; il y eut quelques vomissements; la température oscilla entre 36°3 et 37°5; toutefois, pendant les premiers jours, l'opérée ressentit de vives douleurs dans le ventre et son pouls fut assez inquiétant; il était petit, dépressif et battait jusqu'à 132 à la minute.

On enleva les pinces et le tampon vaginal 48 heures après l'opération et l'on fit tous les jours deux ou trois injections d'eau stérilisée. Bientôt les

douleurs du ventre disparurent et le pouls redevint normal. Après une semaine, on refit le pansement abdominal et le quinzième jour l'opérée sortit de l'Institut complètement guérie.

Examen anatomo-pathologique des tumeurs extirpées.

— Les pièces sont au nombre de cinq :

1° La tumeur kystique du ligament large du côté gauche, extirpée par la laparotomie, offre une paroi assez épaisse, elle est constituée par du tissu conjonctif renfermant encore les restes de l'ovaire. La surface interne de cette paroi est lisse ; elle limite une cavité unique, irrégulière, anfractueuse, dans laquelle vient déboucher la trompe ; sa surface externe est déchiquetée ; on y voit une portion du ligament gauche et la trompe, fortement épaissie, présentant un canal étroit.

2° L'ovaire du côté droit a le volume d'un œuf et présente au centre un kyste sanguin. La zone ovulaire est fortement amincie et fibreuse. Le pavillon et la trompe n'offrent rien de particulier.

3° La matrice est petite, elle mesure 6 centimètres extérieurement ; sa cavité est normale, mais on n'y voit qu'un seul orifice de la trompe, lequel correspond à la trompe du côté droit. La paroi offre des caractères normaux ; le col n'accompagne pas l'organe.

A l'examen microscopique d'une coupe faite à

travers la paroi, on constate les caractères histologiques d'un utérus normal. Toutefois l'épithélium a disparu pour ainsi dire d'une façon complète, le chorion renferme des glandes extrêmement nombreuses.

4° La tumeur qui se trouvait derrière le pubis, et qui paraissait solide, à l'examen de la malade, a le volume et l'aspect d'un corps de matrice ; elle est aplatie d'avant en arrière et sa paroi mesure de 1 à 1 1/2 centimètre d'épaisseur. Cette tumeur offre une cavité qui ressemble à une cavité utérine ; on y constate l'orifice d'une trompe lequel correspond à la trompe que nous avons mentionnée sur le kyste du côté gauche.

Sur une coupe faite à travers la paroi de cette tumeur on observe, à l'examen microscopique, les caractères histologiques du corps de l'utérus, mais ici on ne rencontre plus de trace d'épithélium et les glandes sont moins nombreuses.

5° La dernière tumeur est adhérente au corps de la matrice et fait corps avec celui-ci. Elle a le volume d'un poing d'enfant et, à son aspect, on dirait également un utérus. La paroi est épaisse d'un centimètre et sa surface externe est plus ou moins déchiquetée, sa surface interne est lisse, limitant une cavité close dans laquelle ne vient déboucher aucun conduit.

Une coupe faite à travers la paroi présente également, à l'examen microscopique, la structure de la matrice ; elle est formée par une couche externe très épaisse de nature fibro-musculaire, lisse, et une couche interne du tissu conjonctif jeune, rappelant le chorion. Celui-ci est moins épais que sur les coupes précédentes, il est infiltré de matière colorante du sang et, à la surface, les éléments cellulaires sont en voie de destruction. Par places, on y observe des utricules glandulaires muqueuses avec un épithélium cylindrique.

En résumé nous avons affaire ici à une matrice à trois lobes, à un kyste sanguin de l'ovaire, du ligament large et du pavillon de la trompe du côté gauche. Des trois lobes utérins, le premier, celui dont on a pu faire le cathétérisme, correspond à l'ovaire droit, et le second, celui qui se trouvait derrière le pubis, correspond au kyste du côté gauche, constituaient une matrice bifide classique avec un col unique et deux orifices cervicaux internes. L'orifice cervical interne du premier lobe ne présentait rien de particulier ; à l'examen de la malade, il permettait l'introduction facile de la sonde et la cavité utérine qui mesurait 6 centimètres avait été considérée comme normale à cause de l'effacement du col. L'orifice cervical interne du second lobe était au contraire rétréci, dévié, ne permettant

pas l'introduction de la sonde; il était comprimé par le troisième lobe utérin qui venait bomber dans le vagin et la cavité était distendue par du sang altéré. Enfin le troisième lobe, situé à gauche et constituant une cavité close, prenait son insertion au niveau du col des deux autres et était également rempli de sang altéré.

La formation de la matrice bifide s'explique aisément; il s'agit là d'une absence de soudure entre les conduits de Müller. Ce vice de conformation se rencontre de temps en temps et est signalé dans tous les ouvrages classiques, mais il est difficile de se rendre compte de la troisième cavité utérine. L'embryologie n'en donne aucune explication; tout au plus pourrait-on admettre que, pendant le développement des organes génitaux, il se soit formé un diverticulum dans l'un des conduits de Müller, lequel, dans la suite, se serait complètement fermé. Cette troisième cavité se serait formée d'après un processus semblable à celui des kystes dermoïdes. C'est la seule version, nous semble-t-il, qui puisse nous expliquer ce fait tératologique si curieux.

Un autre point que nous devons chercher à élucider, c'est l'accumulation de sang dans deux des lobes utérins et la formation du kyste sanguin du côté gauche. D'après les renseignements fournis par la malade, il a été établi que celle-ci ressentait

des douleurs atroces au cinquième jour des règles, que ces douleurs persistaient pendant dix jours et qu'elles réapparaissaient à chaque époque menstruelle. D'autre part, nous avons affaire à une cavité utérine dont l'orifice cervical est rétréci, cette dernière correspondant à l'ovaire gauche. Ces deux ordres de faits concordent pour expliquer cette accumulation sanguine par une rétention de sang des règles.

TRAITEMENT

On peut considérer dans l'étude du traitement des kystes des ligaments larges 3 périodes.

1^o Période de la ponction.

2^o Période d'hésitation ; ponction puis ablation.

3^o Période actuelle ou le seul traitement à employer dès que le kyste est reconnu est l'ablation.

1^o *Période de la ponction.* — Nous ne parlerons pas du traitement médical d'Astlee, et nous dirons qu'un des premiers partisans de la ponction fut Bird.

On faisait soit la ponction simple, soit la ponction aspiratrice, soit la ponction suivie d'injection iodée.

Castaneda disait qu'avec la ponction simple la guérison était la règle.

La ponction aspiratrice se faisait avec le gros trocart de l'appareil Potain.

Lorsque M. le professeur Panas communiqua

les succès qu'il obtint par la ponction suivie d'injection iodée, ce traitement devint le seul employé pendant quelque temps. Mais on commença à réfléchir lorsque l'on vit comme dans le cas de M. Jeamel, des phénomènes inflammatoires graves survenir du côté du péritoine, et des accidents d'iodisme se déclarer à la suite d'une injection de 560 grammes de solution iodée contenant 280 grammes de teinture d'iode (Société chirurgicale, séance du 28 juillet 1885).

Terrillon (Société chirurgicale) releva 71 cas de kystes paraovariens publiés comme guéris par simple ponction. Mais les kystes récidivent souvent après un an et au-delà ; la publication des observations était donc trop précoce.

Le même auteur avait réussi 38 cas dans lesquels il y eut récurrence après une ou plusieurs ponctions. Il conclut que la ponction n'est qu'un moyen palliatif et temporaire,

Dans la même séance, Désormeaux citait 3 cas chez des jeunes filles. Il y aurait eu guérison à la suite de ponction suivie d'injection iodée.

Terrillon (*Ann. gyn.*, p. 426, 1885) publia une note sur les kystes paraovariques et leur traitement. Son travail est extrait de la thèse inaugurale de M. Gautrez intitulée : De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes parao-

variées. Nous y trouvons que, jusqu'en 1875, on pensait que la ponction simple suffisait pour obtenir la guérison de ces kystes; et, réciproquement, en admettait que les kystes de la région pelvienne que la ponction simple parvenait à guérir étaient des kystes paraovariques.

Grellet de Giromagny adresse à M. le docteur Just Lucas-Championnière une observation relatée dans le *Journal de Médecine et de chirurgie de Paris* de 1883. Il s'agissait d'un kyste paraovarique guéri par la ponction simple. La guérison ne datait que de six mois. Le kyste contenait 16 litres d'un liquide transparent et olivâtre.

A cette époque, Just Lucas-Championnière, qui fut un des premiers à encourager l'ablation, disait pourtant: « s'il est indiqué d'opérer le plus tôt possible les kystes de l'ovaire, il ne faut pas pour cela proscrire la ponction. »

2° *Période d'hésitation.* — On n'ose faire d'emblée l'ablation. On essaie d'abord les ponctions. En 1885 Terrillon (*Ann. gyn.*, 1885), dans un travail très précis, rapporte 8 cas personnels de kystes de ligaments larges traités par ponction simple.

Toutes les malades ont dû être ponctionnées plusieurs fois. Il n'ose affirmer leur guérison définitive. Il ajoute à propos d'autre cas: « Si on tient compte de ces deux facteurs: d'une part le temps

insuffisant qui a séparé la ponction de la déclaration de guérison définitive, dans un grand nombre de cas; d'autre part de la facilité constatée plusieurs fois, de la récurrence, surtout quand le liquide est légèrement albumineux, nous pourrions combiner avec M. Terrier (Société de chirurgie 27 mai 1885) que la guérison après la ponction est l'exception, que la récurrence est la règle. »

Malgré cela il formule à cette époque les conclusions suivantes: « 1° Les kystes paraovariques dont le liquide est limpide, non filant, sans paralbumine, récidivent souvent après l'évacuation totale du contenu; 2° cette récurrence ordinairement lente et pouvant se faire attendre 3 ou 4 ans et même davantage, peut se faire après quelques mois seulement, 3° l'espace de temps qui sépare l'évacuation de la récurrence, simule une guérison complète et a trompé souvent ceux qui ont publié leurs observations très rapidement; 4° il est difficile d'établir la proportion exacte de la récurrence du kyste mais elle est plutôt la règle que l'exception; 5° quelques exemples bien nets permettent cependant d'affirmer la guérison après une ou plusieurs ponctions, mais ils sont rares; 6° aussi doit-on toujours pratiquer la ponction quand on soupçonne un de ces kystes; 7° l'ablation complète ou incomplète s'impose ordinairement après la récurrence. »

De même M. Cauchois, de Rouen, dans le rapport lu par M. Polaillon à la Société de chirurgie dans la séance du 12 août 1885, cite le cas d'une religieuse âgée de 28 ans, atteinte d'un kyste paraovarique, qui dut être ponctionné neuf mois après la première ponction.

Le soulagement n'ayant été que très momentané, M. Cauchois exécuta avec succès l'ovariotomie le 14 mai 1884.

Lanelongue de Bordeaux, dans ses leçons cliniques (p. 567) est partisan, avant d'intervenir par la laparotomie, de tenter la ponction.

Bouilly (Soc. de chir., 23 juillet 1884) est à cette époque d'avis que, quand il s'agit de kyste paraovarique, il faut faire une ou deux ponctions avant de pratiquer l'ovariotomie. Dans la séance de la Société de chirurgie, du 29 juillet 1882, Just Lucas-Championnière dit que « l'injection iodée est plus meurtrière que l'ovariotomie. Il fait l'ovariotomie. Mais Le Fort admet difficilement l'ovariotomie dans les kystes uniloculaires.

Il l'accepterait encore quand il s'agit d'un kyste multiloculaire. Dans cette même séance M. le professeur Duplay dit : « quand on fait le diagnostic de kyste parovarien, *c'est la ponction qu'il faut employer* ; quand les ponctions échouent, l'ovariotomie me paraît favorable à l'injection iodée. »

3^e *Période actuelle* où le seul traitement employé est l'ablation du kyste.

Dès 1882 Just Lucas-Championnière (Soc. de chir., 19 juillet) se présentait hardiment comme le défenseur de l'ablation. Depuis, toujours il soutint la même idée. En 1885 (juillet), à cette même Société de chirurgie, il appuyait la proposition formulée par M. Terrier « que la ponction est insuffisante et que les guérisons ne sont, par ce traitement, que temporaires. » Cela à propos d'une communication de M. Terrillon prouvant par sept observations personnelles que la récurrence est de règle après la ponction. Depuis, M. le professeur Terrier, Just Lucas-Championnière, Terrillon défendirent dans toutes les discussions sur les kystes des ligaments larges l'intervention chirurgicale, comme traitement de ces kystes.

Mais il faut dire que avant eux Kœberlé, Schatz, Muller avaient enlevé une partie de la paroi du kyste, suturant ensuite les bords du kyste aux bords de la plaie de la paroi abdominale, et faisant un drainage.

En 1876, Miner de Buffalo, puis Kocher de Berne, proposèrent l'énucléation du kyste dans sa couche péritonéale, quand il n'existait pas de pédicule.

Aujourd'hui l'on ne discute plus sur l'intervention, car, comme le disait dès 1883 M. le professeur

Terrier (Soc. chir., 4 juillet) répondant à M. Monod :
« Aurait-on affaire à un kyste parovarien ou dermoïde, les grandes lignes opératoires que je me suis efforcé de tracer, me paraissent analogues à celles des kystes multiloculaires. Quelles que soient les adhérences d'un kyste de l'ovaire, qu'il soit uni aux intestins, au ligament large ou à l'utérus, la situation du chirurgien est la même : il doit faire tous ses efforts pour enlever la tumeur ». C'est là, en effet, la ligne de conduite que tous les chirurgiens suivent à l'heure actuelle.

Opération. — Ici encore s'impose la distinction entre les kystes du parovarium, les kystes à paroi lisse, les kystes à paroi végétante.

Les kystes du parovarium sont, dit Hartmann, d'une simplicité extrême à opérer, c'est une des opérations abdominales les plus simples, c'est une des moins dangereuses.

Nous citerons comme exemple la relation d'une opération faite par M. le professeur Terrier, pour kyste parovarien droit (*Union méd.*, 1887, p. 769).

Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, le kyste fut ponctionné. On en retira 4 litres de liquide clair comme de l'eau de roche. Il n'y avait pas d'adhérences, le pédicule était à droite et extra-ovarien. Suture de la paroi avec sept fils d'argent. Durée de l'opération : vingt minutes.

A côté de cette simplicité d'opération, nous avons l'intervention dans les kystes à paroi lisse et dans les kystes à paroi végétante; c'est ici que l'on peut dire qu'aucun cas en chirurgie ne demande plus de sang-froid, plus de courage et de présence d'esprit de la part de l'opérateur. Aucun ne met ses capacités à une aussi dure épreuve. Ce sont les cas qui meurent sur la table et dans lesquels la plus grande surveillance doit être observée pour éviter le collapsus qui arrive souvent immédiatement après l'opération.

On se rendra compte de plus ou moins de difficulté dans l'intervention, suivant les variétés, par la lecture de la relation des opérations pratiquées dans le service de M. le professeur Terrier :

Obs. I. — Opération, le 5 août 1893, par M. le docteur H. Hartmann aidé par M. Guillemin.

A l'ouverture de l'abdomen on ne voit pas d'adhérences. Ponction de la tumeur; il s'écoule un liquide incolore ou mieux très légèrement verdâtre, mousseux, non filant.

L'ovaire est sain, la trompe rampe sur le kyste et se termine par un pavillon perméable dont une demi-circonférence est fusionnée avec la poche kystique.

A droite, la section a porté sur du tissu.

A gauche les annexes saines sont laissées.

Surjet sur le péritoine. Suture en capiton des muscles, et suture de la peau avec des crins.

Suites opératoires. — Normales. Jamais d'élévation de température.

L'opérée sort guérie le 26 août 1893.

La longueur de la cicatrice est de 18 centimètres.

Obs. III. — Opération, le 6 août, par M. le docteur Broca aidé par M. le docteur Hartmann. Chloroforme par M. Michon.

Petite incision. Kyste recouvert par un feuillet séreux. Ponction qui donne issue à un liquide cristal de roche.

Extraction.

Pédicule lamelliforme.

Pas d'adhérences.

2 fils en X. Réunion à 3 étages.

Suites opératoires. — Température toujours normale à part le 6^e jour de l'opération, 38° le soir du jour où on enlève les fils. Cinq jours après, ablation des fils superficiels, réunion immédiate. L'abdomen est partout souple et indolent. Seize jours après l'opération, abcès sous la ligne de suture. La malade sort le 1^{er} septembre, sa plaie donne encore quelques gouttes de pus.

La longueur de la ligne de suture est de 10 centimètres. Elle commence à 2 cm. 5 du pubis et

s'étend jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Pas d'éventration.

La malade se plaint de légères douleurs dans la fosse iliaque droite; mais l'examen ne montre rien.

Obs. VI. — Opération par M. le docteur Hartmann, le 24 octobre 1891.

Aide, M. Aldibert. Chloroformisation par M. Dally. Incision médiané sous-ombilicale.

On tombe sur une tumeur recouverte par le feuillet séreux du ligament large. Ponction avec le trocart moyen de l'appareil Potain. On retire près d'un litre de liquide.

Section du ligament large. On applique sur les lèvres de la plaie une couronne de pinces.

Décortication du kyste qui est largement ouvert.

Résection de la plus grande partie de ce kyste et d'un segment de la trompe bordant la partie antéro-supérieure du kyste.

En dedans, pendant la décortication, on ouvre une deuxième loge kystique, plus petite, et en même temps, une cavité allongée à parois extrêmement minces, transparentes, ressemblant à un lymphatique dilaté.

Pendant ces manœuvres nous déchirons le revêtement péritonéal interne du ligament large situé au-dessus et en avant de l'utérus.

Comme la décortication avec l'ongle menace d'être interminable, le kyste se prolongeant très bas vers le plancher pelvien, nous ne poursuivons pas la décortication jusqu'au bout et laissons en place le fond du kyste.

La déchirure interne du péritoine est fermée par une suture continue à la soie.

Après résection des kystes, fixation de la poche ligamentaire à la paroi abdominale.

Suture à trois étages. Drainage. Pansement.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, quelques vomissements avec efforts. La malade est fatiguée, affaissée; quelques douleurs vagues dans l'abdomen. T. 37°8. Pouls 120. Respiration 20. On a dû la sonder.

Le lendemain, faciès un peu plombé. Yeux excavés. Sommeil agité. Douleurs abdominales aiguës.

Deux jours après l'intervention, T. 38°. P. 124. R. 30. Faciès toujours très fatigué. Parole difficile et lente. Agitation pendant la nuit. Très peu de sommeil. 3 vomissements bilieux. Douleurs toujours aiguës dans l'abdomen, plus marquées dans l'hypochondre droit. Point de côté qui empêche de respirer. Rien à l'auscultation. Pansement à peine souillé. Ventre plat.

Ce n'est que six jours après que l'état général se relève.

De temps en temps élévation de température jamais plus de 38°5.

Le huitième jour qui suivit l'opération, il y a une suppuration abondante. Légère alimentation. On transporte la malade dans la salle commune.

A partir de ce moment jusqu'au 8 novembre les pansements sont faits tous les jours. Puis tous les deux jours.

Le 13 on enlève le drain. Dès lors on ne fait plus les pansements que tous les 3 jours.

La malade sort le 3 décembre avec un petit trajet fistuleux.

Un léger épanchement survenu dans le genou a disparu.

Aucune douleur dans le ventre.

Obs. VII. — Malade opérée par M. le docteur Quénu.

Incision de la plaie abdominale. Pas d'ascite.

On trouve dans la fosse iliaque droite une masse mamelonnée, grisâtre, adhérente en haut à l'intestin, en bas à la paroi de la fosse iliaque. Il existe aussi des tractus fibreux dont quelques-uns sont assez volumineux.

On décolle l'intestin avec l'ongle. Cette manœuvre se fait avec une certaine difficulté.

Comme on hésite un peu sur la nature de cette masse bosselée (d'autant qu'à la percussion elle est

sonore jusqu'à un certain point, bien que la tension soit grande); on ponctionne avec le trocart moyen de l'aspirateur Potain. Il ne sort rien. Mais quand on enlève le trocart, il sort par l'orifice un liquide épais et visqueux, grisâtre.

La tumeur est décollée. On trouve un pédicule large, en forme de lame, constitué par le ligament large. On le saisit avec une longue pince. Il est sectionné et l'on y fait une ligature en chaîne à 3 anses.

Alors on voit, s'avancant plus loin que la ligne médiane et déjà constatée dès le début, une tumeur à surface arrondie, lisse, qui refoule l'utérus à droite, débordant son fond et remplissant presque toute la partie antérieure de la cavité pelvienne. Sa couleur est gris bleuâtre. On y voit quelques vaisseaux qui sont très peu volumineux. A gauche, cette tumeur s'étend jusqu'à la paroi latérale de l'excavation pelvienne. On détache une anse d'intestin qui y est adhérente. On pince et lie au catgut quelques vaisseaux sur cet intestin. On cherche à libérer la partie latérale de cette tumeur, mais on constate bientôt qu'elle est incluse dans le ligament large gauche dont elle a écarté les feuilletts. On commence la séparation d'avec le ligament large, accrochant et fixant les lèvres de celui-ci avec des pinces à pression. Puis on vide la tumeur par ponction aspi-

ratrice avec l'appareil Potain. Il s'écoule 950 grammes de liquide limpide, citrin, à peine visqueux. La tumeur s'affaisse à peu près complètement. On cherche à continuer la séparation d'avec le ligament large, mais les feuillets de celui-ci, surtout le postérieur, se déchirent. On constate qu'en dehors on a déchiré le péritoine pariétal et mis à nu l'artère iliaque. Aussi décide-t-on de s'arrêter et de drainer, d'autant qu'il s'écoule du sang dans le petit bassin.

Trois points de suture au catgut sont faits sur le péritoine pariétal, au niveau de la déchirure, afin d'empêcher l'intestin de s'y engager.

Après quelques recherches, on trouve deux artérioles qui donnent dans le ligament large décollé. Un point de ce ligament large décollé est réséqué. Dans cette résection, on coupe un cordon qui semble être le ligament rond.

Toilette du péritoine.

Suture de la paroi, à part l'angle inférieur, où l'on fixe la poche. Deux drains moyens y sont placés.

La poche s'enfonce très profondément entre les feuillets du ligament large, à 15 centimètres environ.

L'ovaire gauche était sain. On le sentait en arrière du fond de la poche.

Rien dans le cul-de-sac de Douglas.

L'ovaire droit, absent, constituait probablement la masse polykystique enlevée à droite dans la fosse iliaque.

Durée de l'opération, 1 heure 20 minutes.

Guérison.

Obs. VIII. — Opération, le 28 juillet 1892, par M. le docteur Hartmann, aidé par M. Malherbe. Chloroformisation par M. Magill.

Incision médiane sous-ombilicale.

La tumeur a une forme arrondie, à surface grenue, chagrinée. Pas d'adhésions épiploïques.

Ponction. — Évacuation de 2 litres de liquide citrin.

Le kyste ne se laissant pas amener, nous agrandissons un peu l'incision, et nous constatons que la tumeur est confondue avec l'utérus et s'étend d'une fosse iliaque à l'autre, dans l'intérieur des ligaments larges.

En avant, elle est fusionnée avec le cul-de-sac postérieur du vagin, comme on s'en assure en faisant pratiquer par un des deux aides le toucher vaginal.

Nous incisons alors une couche d'un demi à deux tiers de centimètre d'épaisseur, ayant l'aspect d'une couche musculaire utérine, et nous commençons la décortication de la poche kystique, après avoir placé sur la lèvre inférieure de notre incision une cou-

ronne de pinces. Cette décortication se fait assez facilement. Cependant, en avant, elle est pénible. Il est facile de s'assurer, une fois la décortication un peu avancée, que dans cette région, la loge est constituée par la face postérieure de l'utérus.

En trois ou quatre points, section de vaisseaux qu'il faut pincer. Mais en aucun endroit, il n'y a à proprement parler de pédicule de la tumeur.

Nous descendons ainsi jusqu'en arrière du cul-de-sac vaginal postérieur et des culs-de-sac latéraux, ce que l'on constate parfaitement grâce au doigt de l'aide.

La poche est fixée à l'incision pariétale; elle est tamponnée avec une mèche de gaze iodoformée.

Le péritoine est suturé avec de la soie, et la peau avec des crins. Les muscles sont aussi suturés.

Les annexes n'ont pas été découvertes pendant l'opération, ni d'un côté, ni de l'autre.

A droite, cependant, existait, étalé sur la face latérale de la tumeur, un tractus rappelant une trompe adhérente.

Il n'y avait pas d'adhérences au fond du cul-de-sac recto-utérin.

Toutes les manœuvres ont été, du reste, intra-ligamentaires.

Suites opératoires. — Le matin, la température n'a jamais dépassé la normale. Le soir, elle a atteint

une fois 38°,2, une autre fois 38°,4. Deux jours après l'opération, on défait le pansement, qui contenait beaucoup de suintement sanguinolent. On retire la gaze, qui est remplacée par un drain.

Deux jours plus tard, le drain est supprimé. A partir de ce moment jusqu'au départ, l'opérée eut une courbe à peu près régulière : 37°2 le matin, 37°3 à 37°5 le soir.

Le neuvième jour, M.H. Härtmann enlève les fils.

Le 20 août, l'opérée quitte l'hôpital.

La cicatrice commence à 2 centimètres au-dessus du pubis et s'étend sur une longueur de 8 centimètres. Elle s'arrête à 2 centimètres 1/2 au-dessous de l'ombilic.

A 2 centimètres 1/2 au-dessus de sa partie inférieure, dépression au point où se trouvait le drain.

Obs. IX. — Laparotomie le 30 juillet 1889.

On trouve un kyste inclus dans le ligament large du côté droit. Des anses d'intestin grêle adhèrent en arrière. Le cæcum et l'appendice cæcal adhèrent à droite.

Énucléation.

Suture du ligament large à la partie inférieure de la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Pendant la journée, vomissements verdâtres, répétés. Température toujours normale.

Quatre jours après l'opération, écoulement sanguin vaginal. Onze jours après l'opération, pansement. On enlève 13 fils d'argent. Sept jours plus tard, nouveau pansement et ablation des 5 derniers fils d'argent. Quatre jours ensuite, le pansement est fait une troisième fois. On supprime le drain.

Du 3 au 11 septembre, accès de manie.

On la revoit le 8 octobre; elle est complètement guérie.

Obs. X. — Opération, le 20 septembre 1890, par M. le docteur H. Hartmann, aidé par M. le docteur Broca.

La paroi abdominale est grasse. Nous tombons sur le muscle droit du côté droit, l'incision de l'aponévrose n'ayant pas été exactement médiane.

La cavité ouverte, nous voyons, émergeant du bassin, une tumeur arrondie, sur laquelle se fixe l'épiploon. On le décolle facilement.

Des anses intestinales adhérentes sont libérées en arrière et de la partie convexe et latéralement.

Ponction de la tumeur. Il s'écoule $\frac{3}{4}$ de litre d'un liquide citrin non visqueux.

La tumeur est enclavée dans le ligament large.

Le ligament large est incisé circulairement; on applique une couronne de pinces. Une compresse recouvre les intestins adhérents et l'épiploon.

Nous commençons à décortiquer péniblement la

tumeur, travaillant constamment dans l'intérieur du ligament large. Une fois la décortication à demi-faite, nous plaçons une pince longue sur le kyste, qui s'est rompu. Nous sectionnons la partie libérée et continuons de décollement.

Nous arrivons à extirper la totalité de la poche, sans trouver le pédicule en aucun point.

Mais alors, nous constatons une hémorrhagie en nappe, qui s'arrête momentanément par la compression des éponges, mais reparaît immédiatement.

Quelques vaisseaux sont pincés et liés ; mais c'est insuffisant pour arrêter l'hémorrhagie, qui remplit immédiatement le fond de la cavité extrêmement profonde qui résulte de la décortication du kyste des feuilletts du ligament large.

On applique dans ce fond une éponge montée sur une pince, et l'on fait une suture à étages dans la partie supérieure de l'incision abdominale.

La cavité est rétrécie par des sutures fixant le ligament large à chacune des lèvres de la paroi la plus supérieure et la plus inférieure, réunissant la cavité aux deux lèvres et la séparant entièrement de la cavité abdominale.

Nous enlevons alors l'éponge ; le saignement reparaît. Nous faisons un tamponnement de la cavité avec une lanière de gaze iodoformée dont le bout sort par la plaie.

L'opération a eu une durée de 1 h. 45 m. Les pulsations, à la fin de l'opération, étaient au nombre de 76.

On a dû faire inhaler 45 grammes de chloroforme.

Suites opératoires. — Jamais d'élévation notable de la température.

On fait le premier pansement 4 jours après l'opération, car il s'est écoulé un suintement roussâtre et épais. On met un drain.

Le 2 octobre, le drain est enlevé.

L'opérée sort le 15 novembre; elle est guérie. Sa cicatrice commence à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic; elle mesure 9 centimètres de long et s'arrête à 3 centimètres au-dessus du pubis. La dépression correspondant à l'orifice du drain se trouve à 3 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de la cicatrice.

Le ventre est souple partout; il est indolent.

Pas d'éventration.

L'opérée a été revue le 16 juillet 1892; elle se trouvait toujours en bonne santé. Ses règles, régulières, avançaient de 2 à 3 jours. Quelques douleurs à leur début.

Obs. XI. — Le 8 mars 1892. M. le professeur Terrier, aidé de M. le docteur Broca, fait l'opération. Le chloroforme est donné par M. Matton.

Incision de 12 à 14 centimètres sur la ligne médiane.

Il se présente alors une tumeur lisse, arrondie, qu'on ponctionne avec le gros trocart aspirateur.

Il s'écoule 2 litres d'un liquide clair, légèrement citrin.

Le kyste est ensuite saisi avec deux grosses pinces à kystes, et libéré de quelques adhérences. C'est un kyste uniloculaire siégeant dans le ligament large du côté gauche.

Pédiculisation à l'aide de gros fils de soie, et section.

La surface est touchée au bichlorure, et, la toilette du petit bassin étant faite, on referme le ventre comme d'habitude par 3 plans de sutures.

Pansement : poudre et gaze iodoformée, ouate, bandage de corps.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Quantité de chloroforme employée : 50 grammes.

Suites opératoires. — À aucun moment, il n'y a eu d'élévation de la température.

Pansement et ablation des fils, 8 jours après l'opération.

Élévation de la température jusqu'à 38°6, le soir, pendant les 2 jours qui suivirent. Puis, température normale jusqu'à la sortie de la malade, 24 jours après l'intervention, le 31 mars 1892.

Au mois de juillet de la même année, bronchite et albuminurie.

La malade raconte aussi que, immédiatement après sa sortie du service, un abcès s'est ouvert sur la ligne de suture ; il est resté fistuleux et ne s'est fermé que trois mois après.

Au mois de juillet, elle présente à l'abdomen, sur la ligne de suture, un orifice fistuleux qui suppure. Il existe, dans la région ombilicale et dans la région de la fosse iliaque gauche, une large induration.

Obs. XII. — Laparatomie le 15 septembre 1889, par M. le docteur H. Hartmann.

La chloroformisation a été longue et pénible. Rêves érotiques.

Incision de la paroi abdominale.

On tombe sur une tumeur de coloration un peu brune, avec de nombreuses adhérences à l'intestin.

On enlève, après ponction et évacuation de 600 grammes de liquide, une poche incluse dans le ligament large.

Ablation des annexes des deux côtés.

Pas de drainage.

Suites opératoires. — Vomissements chloroformiques des plus pénibles, qui ne cessent que le 17 septembre.

L'opérée, à part ces vomissements, a constamment été très bien. La température était, presque

invariablement, de 37° le matin et 37°4 le soir, à part un jour où elle s'est maintenue à 38° matin et soir, et le lendemain où elle a atteint 38°6.

Dès le 16 au matin l'opérée rendit des gaz par l'anus; le 18 apparaissait un écoulement sanguin vulvaire; le 20, pansement; on enlève 5 fils d'argent. La malade sort guérie le 8 octobre 1889.

D'après la lecture de ces relations d'opérations, l'on se rend compte des difficultés qu'éprouve le chirurgien en présence de kystes des ligaments larges. On peut aussi remarquer que l'acte opératoire varie suivant les sujets, c'est pourquoi dans le manuel opératoire nous indiquerons autant que possible la manière de se comporter dans les différents cas.

1° *Le kyste a un pédicule net.* — Dans ce cas la règle de conduite est la même que celle que l'on suit dans les kystes de l'ovaire. C'est-à-dire, après ouverture de la paroi abdominale, ponction du kyste, lier le pédicule et sectionner au-dessus de la ligature.

Il est quelques soins qu'il est nécessaire de préciser. Lorsqu'on rencontre un de ces kystes des ligaments larges pédiculisé, on incise dans une petite étendue les tissus de l'enveloppe du kyste jusqu'à la paroi même du kyste qui a dû être ponctionné préalablement si son volume est considé-

nable. Puis il faut dégager progressivement à travers l'incision la membrane mince du kyste en la frottant avec des larges compresses stérilisées pour la séparer nettement des tissus du ligament large, avec lesquels la membrane kystique n'est en connexion que par des vaisseaux d'un très faible calibre, dont l'hémorrhagie s'arrête de suite spontanément si l'opération est bien conduite. Lorsque la membrane kystique est entièrement dégagée, il reste une simple cavité cruentée, dont les parois s'accolent par première intention et qu'on abandonne au fond de l'excavation pelvienne.

Si par mégarde on a intéressé le tissu connectif du ligament large ou des vaisseaux et qu'il y a lieu de craindre des accidents consécutifs, il importe de fixer dans l'incision abdominale l'ouverture de la petite incision qui a servi à dégager la membrane kystique et d'y placer un tube à drainage, afin de pouvoir extraire les liquides qui pourraient s'accumuler, distendre la cavité du ligament large et donner lieu à des accidents graves.

S'il ne se produit aucune accumulation de liquide ou si l'écoulement des liquides est tari, on peut retirer le tube à drainage et laisser la plaie se cicatriser.

Kœberlé, au congrès de chirurgie en 1885, a bien indiqué le traitement du pédicule dans l'ovariotomie

et les cas de kystes inclus dans les ligaments larges.

A ce propos nous devons bien différencier les kystes ovariens inclus dans le ligament large, des kystes des ligaments larges réels pédiculés. Tandis que ces derniers ne possèdent qu'un seul pédicule, les premiers possèdent toujours deux pédiculés, comme on pourra s'en rendre compte par la lecture de l'observation XIII dont nous indiquons ici le résumé de l'opération.

Il s'agit d'un cas de double kyste ovarien inclus dans le ligament large.

Opération par M. le docteur H. Hartmann, aidé par M. Guillemin et Du Bouchet : à droite, énucléation d'une masse polykystique surmontée de la trompe, s'enfonçant dans le ligament large droit, jusqu'au plancher périnéal. Il existe deux pédicules : un en dehors, un sur l'utérus. Quelques ligatures sont faites sur le reste du ligament large. A gauche, masse polykystique ayant dédoublé l'organe, allant jusqu'au gros intestin. Deux pédicules. Ces kystes ovariens diffèrent donc encore des ligaments larges au point de vue opératoire.

2° *Les ligaments larges sont incomplètement disséqués par la tumeur.* — Le meilleur procédé, dans ces cas, est de décortiquer, et avec les restes du ligament large, de faire un pédicule artificiel. On peut aussi employer le procédé indiqué par Lassalle (*loc. cit.*)

« Avec une aiguille de Deschamps, on réunit en commençant par la partie du ligament qui correspond à la paroi du vagin, le ligament infundibulopelvien et les vaisseaux spermatiques. Puis, avec 4 ou 6 ligatures en masse on saisit la partie du ligament large qui confine à l'utérus. On éloigne le plus possible de la tumeur quelques uns des ces fils ; les autres sont placés le plus près possible d'elle. Les bandes de tissu qui auront été saisies entre deux ligatures, seront ensuite isolées, elles feront le pédicule le plus long possible.

Généralement, dès que les parties latérales du ligament large sont libérées, les adhérences de la tumeur à l'utérus et au reste des ligaments larges deviennent plus lâches : on peut même les attirer, les transformer en bandelettes ; elles sont devenues un pédicule artificiel que l'on traite par la méthode intra-péritonéale ordinaire. »

3° *Un des 2 feuillets ou les 2 feuillets du ligament large sont déplissés jusqu'à la base.* — Avec Terrillon (*Revue de chirurgie*, 1884) nous considérerons 2 cas :

1° Il n'y a pas de connexions intimes avec les organes voisins.

2° Il existe des connexions intimes avec les organes du bassin.

I. — Il n'existe pas de connexions intimes avec les organes voisins. Ce sont là des cas simples, dans

lesquels la décortication, faite avec prudence, donne toujours un résultat excellent.

On ouvre d'abord le ligament large. Cet organe étant sectionné, on dissèque le kyste, soit en commençant du côté de l'utérus, soit en commençant du côté opposé, c'est-à-dire par la fosse iliaque ou le mésentère; selon que, commencer d'un côté ou de l'autre, il semblera plus facile à l'opérateur. On devra de préférence commencer du côté de l'utérus à cause des vaisseaux volumineux communs à l'utérus et au kyste, que l'on aura soin de lier aussitôt.

Il faudra alors saisir largement la base de l'utérus avec de fortes et longues pinces. On placera deux de ces pinces parallèlement au bord de l'utérus, ainsi l'on évitera toute perte de sang.

Ceci fait, on agrandira l'ouverture primitive en faisant parcourir à l'incision toute la circonférence de la tumeur. On pincera le péritoine détaché avec des pinces placées en forme de couronne. A ce moment il est préférable de ponctionner le kyste, mais on ne devra pas le vider complètement.

Ceci fait, on saisira le kyste avec la pince dite pince à kyste, de façon à le tendre continuellement avec force.

Le kyste ainsi tendu, on séparera les parties enveloppantes.

Pour cette décortication on ne doit le plus possible,

emploieraucun instrument; on la fera avec l'extrémité des doigts. Quand les doigts ne suffisent pas, le mieux est d'employer, domme le voulait Terrillon, des ciseaux courbes et mousses, en suivant « bien exactement et bien prudemment la paroi du kyste. »

Kœberlé (*Congrès français de chirurgie*, 1886) fait ainsi sa décortication : « Il saisit la poche avec une serviette en tissu souple, qui lui permet de retenir plus facilement le kyste entre les doigts, puis il se sert d'une autre serviette pour tirailler les adhérences et les détacher avec soin des ligaments larges. » Cette manœuvre est inférieure à la précédente.

Voici ce que conseille Pozzi (*Traité de gynécologie*, 1890) : « Faire avec précaution un pli au péritoine, l'inciser, introduire dans la boutonnière le doigt et détacher la séreuse dans une petite étendue. Sur la surface ainsi rendue libre, on enfoncera le trocart et on extraira le liquide. Le trocart retiré, l'orifice oblitéré par des pinces, on décolle plus largement le péritoine à la surface du kyste; on l'incise dans une étendue suffisante, et, par des tractions successives, aidées de l'action du doigt qui brise les liens cellulaires, on extrait la totalité de la poche. »

Traitement de la plaie, opération. — Quand elle est peu étendue, réunion immédiate de la paroi sans

drain, sans aucun traitement du ligament, pansement aseptique.

Quand les lambeaux du ligament large ont une longueur suffisante on emploie le procédé de Kœberlé qui consiste à faire avec ces lambeaux, un moignon que l'on brûle au thermo-cauthère et que l'on abandonne dans le péritoine. Ce procédé est préférable, ce qui est moins long que celui qui consiste à réunir les bords de la solution de continuité au péritoine, au moyen de sutures au catgut ou à la soie très fine.

Dans le cas où il a été possible de décortiquer jusqu'au bout le kyste plongeant profondément dans le petit bassin jusqu'au vagin, le meilleur est de suturer les bords de la plaie du ligament large à la paroi abdominale et de bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée.

On peut, quelques jours après, mettre un drain abdominal, volumineux qu'on laissera 2 ou 3 jours. On le retirera s'il ne sort plus de liquide par son orifice et s'il n'y a pas de température.

Règle générale, rejeter le drainage vaginal, consistant en l'application d'un tube qui traverse un des culs-de-sac pour sortir par le vagin. Ce procédé a l'inconvénient d'exposer aux accidents septiques.

III. — La tumeur offre des connexions intimes avec les organes du bassin.

M. le professeur Terrier disait à la Société de chirurgie en 1883, que pour la décortication, dans ce cas, il n'y avait aucune règle générale. En effet, la conduite à tenir doit varier avec les circonstances.

Nous résumerons les procédés indiqués par M. le professeur Terrier (*Rev. chirur.* 1884).

a). On se contentera de refermer la cavité abdominale après avoir détruit quelques adhérences, lié quelques vaisseaux.

b). Tantôt le kyste fut ponctionné, puis on referma la cavité abdominale.

c). Certains chirurgiens s'efforcent d'enlever la plus grande partie de la masse morbide, puis referment la cavité.

d). D'autres rassemblèrent les parties restantes du kyste et en formèrent tant bien que mal une sorte de pédicule qu'ils attirèrent et fixèrent à l'extérieur comme un pédicule ordinaire.

Nous croyons que la plupart du temps il est possible d'enlever la plus grande partie de la masse morbide, de suturer à la paroi abdominale la cavité qui persiste et de mettre un drain ou de faire un Mikulicz.

On peut encore considérer d'autres cas :

1° La dissection de la tumeur a été assez avancée pour qu'une partie seulement reste adhérente aux organes pelviens. On doit alors abandonner cette

partie dans l'abdomen, après cautérisation au thermo-cautère.

2° Dans les cas les plus ordinaires, on est obligé de laisser dans le ventre une portion plus ou moins considérable du kyste. Ce sont là les cas les plus ordinaires. On suture les bords de la partie restante du kyste aux bords de l'incision abdominale (Clay, Spencer, Wells, Péan). La technique opératoire varie suivant les chirurgiens.

Pratique de Schræder. — Il attire en avant des téguments abdominaux, le kyste qu'il a préalablement vidé. Il le sectionne en un point pauvre en vaisseaux ou en excise un fragment. Cela fait, il suture dans la plaie abdominale la partie du kyste développée dans le tissu sous-séreux. Si les parois du sac sont très vasculaires, on ne les sectionne qu'après les avoir suturées. On termine en passant un drain faisant communiquer le fond du sac avec le vagin par le cul-de-sac postérieur.

Pozzi ne fait pas traverser le vagin par le drain; il se contente de drainer le fond du sac par la paroi abdominale. Il fait sa réunion de la poche à la paroi à l'aide de deux rangées de fils : l'une traverse toute la paroi et la poche, l'autre simplement la peau et la poche.

Terrillon suturait avec le crin de Florence les bords de la poche avec la paroi abdominale, de façon

à adosser les séreuses. Il faisait un drainage abdomino-vaginal quand le kyste descendait très bas.

Péan (loc. cit.) dit que « si le chirurgien constate qu'il y aurait trop de danger à enlever la partie profonde du kyste, il doit se contenter d'en énucléer la portion superficielle sur la plus grande étendue possible, suturer les lèvres de la portion restante du péritoine pariétal à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Il fait un drainage abdomino-vaginal, puis la toilette du péritoine et suture la paroi abdominale ».

A notre avis, ce drainage est mauvais pour les raisons que nous avons déjà indiquées.

Terrillon (*Ann. gyn.*, 1888, p. 124) dit : « Il existe des cas dans lesquels la dissection ou la décortication de ces kystes inclus dans le ligament large, profondément dans le bassin, devient impossible ou dangereuse ».

Dans ces conditions, il est préférable de les drainer avec un tube de caoutchouc en anse, passant par le cul-de-sac vaginal et par la plaie abdominale. Il a traité ainsi 4 kystes du paraovarium qui guérissent rapidement, et la cavité ainsi drainée se combla en moins de vingt jours, sans donner lieu à aucun accident.

Il lui est arrivé aussi (13 juillet 1887, Société de Chirurgie), ne pouvant détruire l'intimité qui unis-

sait la poche au ligament large, de se résoudre à drainer la poche, dans la crainte de produire en insistant des désordres trop graves. Au moyen d'un trocart Chassaignac, il passa un gros drain en anse qui traversait le fond du kyste au niveau du cul-de-sac vaginal, ressortait en même temps par la vulve et par la plaie abdominale. Le pourtour de l'ouverture du kyste et les lambeaux du ligament furent soudés à la paroi abdominale avec 12 fils d'argent. Suppuration assez abondante. Fièvre. Guérison après 3 mois.

Péan a recommandé aussi l'ablation de ces kystes par la voie vaginale; c'est ce qu'il nomme la parovariotomie vaginale.

« Je fixe, dit-il, le col de l'utérus avec des pinces de Museux. J'incise le cul-de-sac latéral du vagin, au niveau de la tumeur, en ayant soin de pincer les vaisseaux saignants et de tenir écartées les lèvres de la plaie avec les valves des rétracteurs ou les pinces qui servent à l'hémostase. J'ouvre ensuite la poche, je la vide et, si elle n'est pas trop adhérente, je la saisis avec des pinces à mors plats, dentées ou non; je l'attire en dehors et je ferme la plaie par suture. Si elle est trop adhérente, après avoir excisé la portion énucléable, je suture les lèvres de la paroi propre du kyste à celles du vagin, puis je place à demeure, dans la portion restante, un tube de

caoutchouc, afin d'obtenir la guérison par suppuration. J'opère de la même manière de l'autre côté, si le kyste est bilatéral. »

Inutile d'insister sur la défectuosité de ce procédé, qui par conséquent ne devra jamais être employé.

Nous finirons l'énumération des différentes manières d'opérer en citant les conclusions que M. le professeur Terrier formulait, en 1881, dans la *Revue de Chirurgie* :

1° Les opérations incomplètes terminées par ouverture du kyste, la suture de ses parois à la plaie abdominale et le drainage donnent des résultats fort différents, selon la nature de la tumeur kystique;

2° Lorsque le kyste est uniloculaire, le résultat peut être excellent et la cavité kystique finit par se combler entièrement ;

2° Même résultat possible dans certains kystes uniloculaires au point de vue clinique, mais multiloculaires pour les anatomo-pathologistes ;

4° Quand le kyste est multiloculaire, lorsque les parois kystiques offrent des végétations, les résultats sont très médiocres, la tumeur tend incessamment à récidiver; la fistule abdominale persiste indéfiniment, enfin la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement ;

5° Notons, dans les cas de kystes uniloculaires ou multiloculaires, la possibilité du développement

rapide d'une tumeur préexistante sur l'ovaire, qui n'a pas été touché et dont l'état n'a pu être vérifié au moment de l'opération.

Ces conclusions sont encore vraies aujourd'hui et nous n'en avons pas d'autres à faire en ce qui concerne le traitement des kystes des ligaments larges adhérents aux organes du petit bassin.

Nous ferons remarquer que la tendance des kystes papillaires, à la récurrence, est en concordance avec les résultats anatomo-pathologiques qui font plutôt considérer ces tumeurs comme malignes. Aussi Goodell (*loc. cit.*) lorsqu'il se trouve en présence d'un de ces kystes commence, après incision de la paroi abdominale, par ponctionner avec le plus petit trocart embouché à un aspirateur. Il conseille, quand tout le liquide est écoulé, de fermer avec une pince l'ouverture faite, afin d'éviter que les croissances papillaires aillent dans la cavité péritonéale et l'infectent. De plus, il fait remarquer que les kystes papillomateux saignent plus que les autres.

Autres procédés : l'opération de Miner consiste à ouvrir l'enveloppe péritonéale du sac, aussi bas que possible. Un doigt ou davantage est introduit successivement dans cette ouverture. L'enveloppe séreuse et vasculaire est incisée jusqu'au point où les vaisseaux deviennent capillaires. Les bandes de ligaments larges doivent alors être liées soit sépa-

rément ou bien ensemble, et la portion restante est coupée.

Faut-il enlever les deux ovaires? Non, même s'il existe de petits kystes. On les cautérise au thermo. Nous nous séparons de Goodel qui, présentant à la Société de Philadelphie 2 kystes paraovariens qu'il a enlevés, dit que « souvent il a fait l'ablation du second ovaire sain, parce qu'il a vu que la maladie recidivait dans celui qu'on laissait. » Il ajoute même : « Cela, naturellement, dans les cas où la malade n'a pas le bien vif désir d'avoir un enfant. Les malades, dit-il, sont généralement fort satisfaites d'apprendre après l'opération qu'elles sont débarrassées de leurs deux ovaires ».

Suites opératoires. — Nous venons de dire que les kystes papillaires guérissent plus difficilement.

Lorsque l'on peut énucléer complètement le kyste et suturer aussitôt la paroi abdominale, les suites opératives sont bonnes et, si l'opération a été faite aseptiquement, la température reste toujours normale (Obs. I). L'inconvénient du drainage vaginal, lorsque l'on est forcé de le faire, comme l'explique Terrillon, c'est la suppuration et la fièvre.

Statistiques. — Opérations de Terrier, Hartmann, Quénu, Broca, guérisons.

Terrillon (Soc. Chir., 18 juin, 1890) sur 14 opérations incomplètes a eu 14 résultats satisfaisants.

OBSERVATION I

Kyste du ligament large droit.

La nommée G..., Françoise, âgée de 41 ans, exerçant la profession de marchande de vin, entre à l'hôpital Bichat dans le service de M. le professeur Terrier, le 17 juillet 1893. Elle a été opérée par M. le docteur Hartmann qui nous a communiqué l'observation.

Dans ses antécédents héréditaires, nous notons que sa mère est morte à 26 ans, à la suite d'un accident, et que son père est encore vivant; il est âgé de 78 ans et bien portant.

Au point de vue de ses antécédents personnels, l'on constate qu'elle a été réglée à 16 ans. Depuis, la menstruation a été très irrégulière; souvent il y avait des retards de 2 et 3 mois. La durée moyenne des menstrues était de 3 à 4 jours.

Pas de maladie antérieure.

Quatre accouchements qui se sont passés normalement à 22, 24, 25, 27 ans.

La malade raconte qu'elle grossit du ventre depuis 5 à 6 ans. Mais ce n'est que depuis un an que son ventre a rapidement augmenté de volume. Cette augmentation de volume a été un peu générale prétend-elle. Elle n'a pas remarqué si cela commençait à droite ou à gauche, en bas ou en haut.

Pas de pertes, ni en blanc, ni en rouge.

Pas de douleurs dans le bas-ventre.

Il faut mentionner une sensation de lourdeur pendant la marche; celle-ci est devenue pénible, et la malade ne peut se livrer à un effort un peu considérable sans être essoufflée.

Pas de constipation. Pas de troubles de la miction. L'urine évacuée en 24 heures est dans les proportions de 950 cmc., elle est ammoniacale, sa densité est 1019. On y trouve 14 grammes d'urée par litre. Elle ne contient ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

On n'aperçoit pas d'œdème; on ne constate pas de troubles nerveux dans les membres inférieurs.

L'appétit est excellent. La digestion se fait bien. Aucun amaigrissement. Pas de dégoût pour aucune espèce d'aliment.

L'examen de l'abdomen fait constater un ventre volumineux, proéminent, légèrement dévié vers la droite.

Il existe un réseau veineux, très peu apparent sur le flanc droit.

La cicatrice ombilicale n'est pas dépliée.

Mensurations :

Circonférence du niveau de l'ombilic . . .	1 ^m ,29 c.
Ligne xiphoïdo-pubienne	49 c.
De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic.	33 c.
De l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic.	34 c.

Le ventre est distendu d'une façon extrême, il est cordiforme. L'extrémité incurvée étant dirigée en bas et retombant sur les cuisses, cause de l'intertrigo. Il existe de nombreuses vergetures et une très légère pigmentation de la ligne blanche. Dans la portion latérale et inférieure, au niveau des veinosités distendues, la peau qui avoisine le pubis présente un peu d'œdème et de la distension des lymphatiques. On voit encore quelques

traces d'ecchymoses anciennes. Le panicule adipeux sous-cutané présente un développement notable.

Par le palper, on sent une grosseur qui distend l'abdomen et qui semble remonter à un travers de main au-dessus de l'ombilic. On a difficilement la sensation de fluctuation; on n'a pas la sensation de flot.

La percussion dénote de la matité dans les flancs.

L'hypogastre et la fosse iliaque sont à peu près remplis par une matité à convexité inférieure.

Le toucher permet de reconnaître un col haut situé, regardant en bas et en arrière, légèrement granuleux.

Les mouvements de l'utérus difficiles ne sont pas transmis à la tumeur abdominale.

Opération pratiquée le 5 août par M. Hartmann, aidé par M. Guillemain.

A l'ouverture de l'abdomen on ne voit pas d'adhérences. Ponction de la tumeur. Il s'écoule litres de liquide incolore, ou mieux très légèrement verdâtre, mousseux, non filant.

L'ovaire est sain; la trompe rampe sur le kyste et se termine par un pavillon perméable dont une demi-circonférence est fusionnée avec la poche kystique. Accolé à ce pavillon, est un petit kyste du volume d'une grosse bille dont le contenu est citrin.

A droite, la section a porté sur du tissu ovarien.

A gauche, les annexes saines sont laissées.

Surjet sur le péritoine. Suture en capiton des muscles; et suture de la peau avec des crins.

Le soir de l'opération, la malade urine seule, sa température est de 37°. Le lendemain matin la température est de 36°8 et le soir elle atteint 37°8; le même jour, l'o-

pérée rend des gaz par l'anus, la quantité d'urine est de 700 grammes en 24 heures.

A partir du troisième jour, la température ne s'élève plus au-dessus de 37°2 le matin et de 37°4 le soir. Dès lors l'urine évacuée est en moyenne de 700 à 800 grammes par 24 heures.

Huit jours après l'opération, premier pansement et ablation des crins profonds. Le quatorzième jour, ablation des fils superficiels.

L'opérée sort guérie le 26 août 1893; la longueur de la cicatrice est de 18 centimètres.

OBSERVATION II

Kyste du ligament large à gauche. — Salpingite kystique à droite.

P..., Marthe, veuve G..., âge 29 ans, profession blanchisseuse, entre le 4 juillet 1892, dans le service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat.

Antécédents héréditaires. — Père tué à la guerre. Mère bien portante. Un frère mort accidentellement asphyxié à 31 ans. Sept frères et sœurs morts en bas-âge du carreau. Un frère est encore vivant.

Antécédents personnels. — Chétive dans son enfance. Petite vérole à six mois. Un peu de gourme à l'établissement de la menstruation à 14 ans. Chloro-anémique à ce moment, palpitations, pertes blanches.

Il y a 3 ans, gastralgie soignée chez elle; vomissements, cauchemar la nuit, crampes d'estomac. Réglée à 14 ans.

Histoire génitale. — Un premier enfant à 21 ans, qui est mort à 5 mois de convulsions; il était nourri au bibe-

ron. Était à 9 mois. Un autre enfant, fille, à 22 ans; elle est morte à 3 semaines; elle était née après 8 mois de grossesse. Le médecin aurait attribué l'accouchement prématurée à l'état de faiblesse de la mère. A 22 ans 1/2, fausse couche de 6 semaines, elle avait porté un seau trop lourd; hémorrhagie et avortement. A la suite, pendant 5 mois, métrorrhagies. Elle s'était levée 7 jours après l'avortement.

Le médecin porte le diagnostic métrite; les douleurs étaient vives dans les reins et le bas-ventre. Douleurs en urinant qui reviennent parfois encore maintenant.

Depuis, a toujours souffert.

Depuis 3 ans, elle n'a plus de métrorrhagie. (Le mari était mort deux ans après la fausse couche de sa femme. Il était atteint de gastrite éthylique, de plus, avait des hémoptysies et toussait).

Douleurs en allant à la garde-robe; un peu de sang quelquefois dans les selles.

Entrée à Bichat, pour la première fois, l'an dernier.

La salpingite s'est ouverte dans le rectum la veille du jour fixé pour l'opération.

Femme pâle; muqueuses un peu décolorées.

Examen de l'abdomen. — Inspection saillie visible formée par la tumeur dans la région de l'hypogastre et de la fosse iliaque gauche.

Volume apparent de la tumeur: tête de fœtus à terme.

Le palper permet de délimiter la tumeur qui remonte à un travers de main au-dessous du pubis et surtout à gauche de la ligne médiane.

Toucher. — Col gros, reporté vers la droite. La tumeur occupe le cul-de-sac latéral gauche et empiète sur

les culs-de-sac antérieur et postérieur. Elle bombe fortement; est dure, tendue, fluctuante (palper combiné au toucher), douloureuse.

Rien au cœur ni aux poumons.

Dernières règles, du 5 au 9 juillet.

Opération le 16 juillet 1892 par M. le docteur H. Hartmann.

On trouve, à gauche, un kyste dont le contenu est citrin, ce kyste est inclus dans le ligament large.

A gauche : salpingite; ovaire volumineux kystique; ablation.

Les annexes à droite, sont peu altérées. Ablation.

Suites opératoires :

Le 16 au soir, T. 36°8, P. 80, R. 20;

Le 17 au matin, T. 37°4, P. 108, R. 24;

Le 17 au soir, T. 38°1, P. 108, R. 24;

Le 18 au matin, T. 37°4, P. 108, R. 24;

Le 18 au soir, T. 37°6, P. 112, R. 24;

Le 19 au matin, T. 37°6, P. 88;

Le 19 au soir, T. 36°8, P. 76.

Dès ce jour, la température devint normale ainsi que le pouls et les urines.

Le 22. Pansement, aucun suintement. Les fils profonds sont enlevés.

Le 29. Pansement. Les fils superficiels sont enlevés, la plaie est complètement réunie. Exeat le 10 août 1892.

Analyse du liquide kystique par M. Courcenet, interne en pharmacie du service.

Volume du liquide. 620 cmc.

Densité 1026.

Réaction. légèrement alcaline.

Couleur. jaune pâle, un peu verdâtre.

Consistance liquide non filant, pas de dépôt.

Analyse chimique :

Matières fixes par litre. 92 gr.

Matières albuminoïdes. 83 gr. 50.

Sels 8 gr.

Le liquide diffère de celui des kystes de l'ovaire et se rapproche des liquides ascitiques :

1° Par sa couleur et sa densité;

2° Par l'absence de paralbumine.

Il est intéressant par sa grande teneur en urée, 3 gr. 40 par litre.

OBSERVATION III

Kyste du ligament large.

La nommée Marthe S..., âgée de 18 ans, employée de commerce, entre le 1^{er} août 1891, salle Chassaignac, dans le service de M. le professeur Terrier. Opérée par M. le docteur Broca.

Elle a commencé à être réglée à 12 ans, depuis, elle a toujours été bien réglée : tous les mois pendant 7 jours. Les règles sont abondantes et douloureuses seulement pendant le premier jour.

Il y a 2 ans son ventre a commencé à augmenter de volume, très lentement; mais, depuis 2 mois, il s'est rapidement développé.

La malade ne souffre pas du tout, et n'a jamais souffert du ventre. Les règles sont régulières comme auparavant.

Pas d'enfants, ni de fausse couche. Elle jouit d'une excellente santé.

Etat actuel : le 5 août 1891.

A l'*inspection* on reconnaît que le ventre est surtout développé dans sa région sous-ombilicale.

Pas d'altération de la peau autre que des vergetures occupant l'hypogastre et les fosses iliaques. Les vergetures sont de date récente, étant donnée la coloration rosée qu'elles présentent.

A la mensuration :

Circonférence ombilicale. 82 c.

De l'ombilic à l'appendice xiphoïde. 13,5.

— à la symphyse pubienne. 20 c.

— à l'épine iliaque droite 18,5.

— — — gauche 18,5.

A la *percussion* tout le ventre est mat et donne la sensation de tremblement, excepté à la partie la plus postérieure des flancs, à l'épigastre et dans les hypocondres.

Au *palper*, tout le ventre est occupé par une masse molle, dépressible, fluctuante et indolente.

Il est possible de plonger les mains dans les fosses iliaques, entre les parties latérales de la tumeur qui est complètement mobile et indolente.

Le foie semble refoulé un peu en haut. La matité hépatique commence au niveau du mamelon et s'arrête à trois travers de doigt au-dessous de lui.

Aucun trouble fonctionnel du côté de la vessie. Constipation habituelle. Les urines sont acides, leur densité est 1014, leur quantité en 24 heures et de 1100 cmc., elles ont un aspect jaune pâle, contiennent 18 grammes d'urée par 24 heures. On n'y trouve ni sucre, ni albumine.

Au toucher, on constate un col de nullipare regardant en avant.

Le corps de l'utérus est basculé en arrière, en rétroversion dans l'excavation sacrée.

La mobilité antéro-postérieure et latérale de cet utérus est conservée.

Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale ne se transmettent pas à l'utérus.

On arrive cependant, par le toucher combiné au palper, à sentir dans le cul-de-sac antérieur la partie antérieure et inférieure de la tumeur, qui présente à ce niveau la même consistance molle et dépressible, comme le reste de la tumeur.

Opération, le 6 août, par M. le docteur Broca, aidé par M. le docteur Hartmann. Chloroformée par M. Michon, interne du service.

Petite incision. Kyste recouvert d'un feuillet séreux. Ponction qui donne issue à un liquide cristal de roche.

Extraction.

Pédicule lamelliforme.

Pas d'adhérences.

Deux fils en X. Réunion à trois étages.

Suites opératoires. — Le soir, l'opérée va bien, elle a eu deux vomissements. T. 37°2, P. 92, R. 24.

Le 7 août, matin. Etat général, bon. T. 37°, P. 96, R. 22.

Le 8. Température normale ainsi que le pouls et la respiration. Gaz par l'anus.

Le 9. Apparition des règles qui durent 3 jours, mais se passent régulièrement et n'amènent aucun trouble.

Le 12. Pansement, ablation des fils profonds. Le soir,

la malade a 38°; mais la température tombe le matin à la normale.

Le 17. Pansement, ablation des fils superficiels, réunion immédiate, l'abdomen est partout souple et indolent.

Le 22 août. Le pansement est traversé par un liquide hémato-purulent qui provient d'un abcès situé sous la ligne de suture, et qui s'est fait jour à sa partie moyenne.

Le 27. M. Broca voit la malade, il enlève au point où s'est fait jour la suppuration un fil de soie.

Les 28-29. Depuis l'ablation du fil, la suppuration est plus abondante et la malade a, le soir, une légère élévation de température, jamais plus de 37°8.

1^{er} septembre. La malade quitte l'hôpital, sa plaie donne encore quelques gouttes de pus.

La longueur de la ligne de suture est de 10 centimètres. Elle commence à 2 c. 5 du pubis et s'étend jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic. Pas d'éventration. La malade se plaint de légères douleurs dans la fosse iliaque droite; mais l'examen ne montre rien.

OBSERVATION IV

Kyste du ligament large (malade non opérée. — Service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat).

La nommée Marie P..., âgée de 32 ans, sans profession, entre à la salle Chassaignac le 31 juillet 1891.

Elle a été réglée à 14 ans. Depuis, les règles reviennent tous les mois pendant deux ou trois jours.

Mariée à 22 ans, elle n'a pas eu d'enfants, elle n'a pas fait de fausses couches.

Au mois de mai 1891, les règles durèrent un jour et s'arrêtèrent brusquement. A partir de ce jour, la malade

ressentit quelques douleurs abdominales, plus accentuées à gauche, et s'aperçoit que son ventre augmente de volume. Huit jours après, les douleurs étant plus intenses, la malade est obligée de garder le lit pendant un mois. Un docteur qu'elle consulte ordonne plusieurs vésicatoires; les douleurs cessent un peu.

Le 17 juillet, les règles réapparaissent et ont une durée normale. Elles n'occasionnent aucune douleur.

La malade entre à ce moment dans le service; elle ne souffre pas; mais le ventre augmente de volume.

Pas de troubles vésicaux ni rectaux.

Le père et la mère de la malade sont vivants et bien portants.

Le mari n'est jamais malade.

Inspection. — La peau de l'abdomen, normale, porte les traces d'anciens vésicatoires à gauche, et sur la ligne médiane.

Le ventre très développé augmente de volume; il est saillant, au-dessous de l'ombilic, dans toute la portion sous-ombilicale, surtout à gauche.

On sent à la palpation une tuméfaction ferme, tendue, résistante, située sur la ligne médiane, et s'étendant depuis la symphyse pubienne jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tuméfaction occupe une partie de la fosse iliaque gauche.

L'utérus est porté en avant, immédiatement contre la symphyse pubienne, un peu à droite de la ligne médiane.

En arrière et à gauche du col, on sent dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, une tuméfaction ferme, résistante, qui se continue avec la tumeur sentie par le palper abdominal.

Cette tumeur est dépressible en certains points. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent au col avec évidence. Ce col jouit cependant de quelques mouvements de latéralité.

Lorsqu'on déprime fortement le cul-de-sac postérieur, on sent des sortes de brides, qui vont du col à la tumeur, et qui la relieut immédiatement à ce col.

Le 12 août. La malade sort de l'hôpital, sans avoir subi aucun traitement. Elle doit y rentrer dans quelques jours.

OBSERVATION V

Kyste du ligament large à contenu liquide de couleur brun noirâtre (malade opérée par M. le professeur Terrier).

Louise H..., veuve V..., âgée de 29 ans, entre le 29 novembre 1892 à l'hôpital Bichat, salle Chassaingnac, dans le service de M. le professeur Terrier.

Son père est mort à la suite d'hémoptysies; sa mère est bien portante.

Elle a neuf frères et sœurs qui sont bien portants.

Dans son enfance elle était délicate. Jusqu'à maintenant elle n'a pas eu de maladie.

Réglée à 16 ans sans aucune douleur. Ses époques étaient régulières, très peu abondantes, extrêmement douloureuses. Ces douleurs étaient plus vives le premier jour.

Pas de pertes blanches.

Mariée à 23 ans. Pas de modification des règles qui sont toujours douloureuses.

Rien à signaler de nouveau pendant 4 ans, jusqu'à 27 ans 1/2 environ.

Il y a un an et demi de nouveaux symptômes apparaissent : malaises, troubles digestifs, amaigrissement, douleurs de reins très vives en dehors, des règles qui avancent de quelques jours et continuent à être douloureuses.

Toujours pas de pertes blanches.

Il y a 5 mois, à ces symptômes vient s'ajouter quelque irrégularité dans les règles ; la malade dit voir deux fois dans le mois à plusieurs reprises.

Les pertes ne sont pas très abondantes, mais durent environ 8 jours.

La malade commence à s'apercevoir que son ventre commence à se développer quelque peu. Elle va consulter à l'hôpital Beaujon, on lui ordonne des injections et du bicarbonate de soude.

Après plusieurs alternatives de mieux et de pis, la malade, lasse de ses malaises, vient consulter à Bichat.

Examen le 23 décembre 1892. — L'abdomen est un peu irrégulier, il bombe un peu à droite de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic. Les téguments sont sains ; pas de vergetures.

Au palper, on perçoit facilement une tumeur assez volumineuse, régulièrement arrondie, qui est dans une certaine mesure mobile, elle est dépressible, peu tendue, fluctuante.

Elle occupe la région sous-ombilicale et est séparée de l'ombilic par trois travers de doigt environ, elle envahit la région hypogastrique ; mais elle occupe surtout la partie droite de l'abdomen, dépassant peu la ligne médiane à gauche.

Elle ne remplit pas la fosse iliaque droite ; elle est reportée un peu plus en dedans.

La base d'implantation se fait dans le bassin et n'est pas accessible.

Au toucher, col assez régulier, de consistance, dur. Il est conique, à orifice régulier regardant un peu à gauche.

Le corps semble se confondre avec la tumeur qui est placée sur sa droite; il n'est pas perçu. Les mouvements imprimés à l'utérus se communiquent à la tumeur.

On sent dans le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac latéral droit, la tumeur que le doigt atteint facilement.

Même consistance au palper qu'au toucher.

Plus en arrière, et de consistance plus ferme, on sent une saillie arrondie qui présente une sensibilité spéciale très nette; tandis que la tumeur est absolument indolente à l'exploration, ce sont les annexes droites.

Le cul-de-sac gauche est libre, un peu diminué d'ampleur par le col qui est un peu reporté de ce côté. On n'y sent pas les annexes; mais presque à sa limite avec le cul-de-sac postérieur, on trouve un point sensible, plus consistant, qui semble répondre aux annexes gauches.

Opération le 24 décembre 1892. — Kyste du volume d'une tête de fœtus, à contenu liquide de couleur brun noirâtre.

OBSERVATION VI.

Kyste du ligament large (masses polykystiques intraligamentaires). — Service de M. le professeur Terrier, hôpital Bichat. Opération pratiquée par M. le docteur Hartmann, le 26 octobre 1891.

Antoinette L..., âgée de 24 ans, exerçant la profession de chevilleuse.

Réglée à 18 ans, sans accident. Les règles étaient irrégulières, ayant tendance à avancer. Elles duraient de

10 à 15 jours, si bien qu'il ne s'écoulait entre deux époques qu'un intervalle de 10 jours. Il n'y avait jamais de caillots dans ces écoulements.

Etant jeune fille elle avait des pertes blanches.

Dès qu'elle s'est mariée, à 21 ans, elle a commencé à ressentir des douleurs dans le ventre. Elle eût, par la suite, des pertes blanches plus abondantes. Bientôt, les douleurs ressenties dans l'abdomen deviennent assez vives pour obliger la malade à garder le lit à l'époque des règles; quelquefois même dans l'intervalle.

Les règles deviennent plus abondantes, mais toujours sans caillots.

En janvier 1888 elle eut une poussée de péritonite qui la tint alitée pendant un mois.

Une deuxième poussée de péritonite survint quelques mois après, et la malade n'en fut remise qu'au bout de 4 mois.

Enfin, il y a 4 mois, elle eut une troisième poussée de péritonite.

Lors de la première attaque de péritonite, M. Tenneson fit une ponction par le vagin et retira 250 grammes de pus.

Pas de grossesse. Jamais de maladie grave.

Le père est mort de tuberculose pulmonaire; la mère n'est pas très bien portante.

A l'*inspection* du ventre, on ne remarque rien de particulier. Il est souple, dépressible, sauf dans sa partie inférieure droite où à la percussion on trouve dans la moitié droite de l'hypogastre une zone de matité.

Au palper, on constate l'existence d'une tumeur à contour arrondi, s'arrêtant en haut à deux doigts au-des-

sous de l'ombilic, débordant à gauche la ligne médiane et s'arrêtant à droite un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette tumeur est molle, dépressible, fluctuante, un peu sensible à la pression.

Par le toucher, on trouve le col régulier, arrondi, regardant en arrière. En arrière, il est à peu près fixé complètement. Si on cherche à lui imprimer quelques mouvements on provoque de la douleur.

Le corps de l'utérus est en antéflexion, il se sent dans le cul-de-sac antérieur.

La tumeur sentie par le palper descend sur la partie latérale droite de l'utérus dont on la distingue parfaitement par la différence de consistance.

Le cul-de-sac postérieur est difficile à atteindre par suite du rejet du col en arrière.

A la limite postérieure de la tumeur molle, perçu par le toucher vaginal on sent une sorte de cordon arrondi, dur.

A gauche, on ne peut sentir les annexes; mais on détermine de la douleur.

Ce toucher vaginal provoque l'écoulement d'un liquide glaireux et sanguinolent.

La constipation est habituelle. Quelquefois, il y a fréquence des mictions, sans douleur.

Analyse des urines :

Quantité en 24 heures 950 cmc.

Densité 1013

Réaction. acide.

Aspect. jaunâtre.

Urée en 24 heures. 21 gr.

Traces de phosphates.

Ni sucre, ni albumine.

Opération par M. le docteur Hartmann, le 24 octobre 1891. Aide, M. Aldibert. Chloroformisation par M. Dally.

Incision médiane sous-ombilicale.

On tombe sur une tumeur recouverte par le feuillet séreux du ligament large.

Ponction avec le trocart moyen de l'appareil Potain. On retire près d'un litre de liquide clair.

Section du ligament large. On applique sur les lèvres de la plaie une couronne de pinces.

Décortication du kyste qui est largement ouvert.

Résection de la plus grande partie de ce kyste et d'un segment de trompe bordant la partie antéro-supérieure du kyste.

En dedans, pendant la décortication, on ouvre une deuxième loge kystique plus petite, et en même temps une cavité allongée à parois extrêmement minces, transparentes, ressemblent à un lymphatique dilaté.

Pendant ces manœuvres, nous déchirons le revêtement péritonéal interne du ligament large situé au-dessus et en avant de l'utérus.

Comme la décortication avec l'ongle menace d'être interminable, le kyste se prolongeant très bas vers le plancher pelvien, nous ne poursuivons pas la décortication jusqu'au bout, et laissons en place le fond du kyste.

La déchirure interne du péritoine est fermée par une suture continue à la soie.

Après résection des kystes, fixation de la poche ligamentaire à la paroi abdominale.

Sutures à trois étages. Drainage. Pansement.

Suites opératoires. — Le 24, soir de l'opération, quelques vomissements avec efforts. La malade est fatiguée, affaissée; quelques douleurs vagues dans l'abdomen. T. 37°8, P. 120, Respiration 20. On a dû sonder l'opérée.

25 au matin. Faciès un peu plombé. Yeux excavés. Sommeil agité. Douleurs abdominales aiguës, surtout dans l'hypocondre droit. Pas de vomissements. T. 37°, P. 112, assez fort, régulier. Urine, 700 grammes. Respiration, 24. Pansement. Suintement séro-sanguinolent. Ventre plat, souple.

25 au soir. T. 38°, P. 124. Respiration 28. La malade urine seule dans la journée.

26 au matin. T. 38°, P. 124. Respiration 30, Faciès toujours très fatigué. Parole difficile et lente. Agitation pendant la nuit, très peu de sommeil. Trois vomissements bilieux. Gaz rendus par l'anus. Urine, 600 grammes. Douleurs toujours aiguës dans l'abdomen, plus marquées dans l'hypocondre droit. Point de côté qui empêche de respirer. Rien à l'auscultation. Pansement à peine souillé. Ventre plat.

26 au soir. T. 37°8, R. 28, P. 128, plus faible.

27 au matin. T. 37°5, R. 20, P. 100, fort, régulier. Faciès meilleur. Nuit assez calme. La malade a reposé un peu. Elle a été purgée avec un verre de limonade. Un seul vomissement.

27 au soir. Selles abondantes avec un lavement. Les douleurs abdominales ont disparu presque complètement. T. 37°, R. 22, P. 104.

28 au matin. T. 38, P. 104. Garde-robes abondantes dant la journée. Nuit calme. Elle ne souffre presque plus dans l'abdomen, sauf dans la région hépatique. Panse-

ment. Suintement abondant, louche. On retire le drain, qui est replié en deux points; on le remplace par un autre de même volume, mais qui, bien que paraissant arriver au fond de la cavité, est plus court que celui enlevé. Les fils profonds sont enlevés.

Le soir. R. 22, P. 120, T. 38°2.

29 au matin. R. 20, P. 92, T. 37°. Le mieux continue. Le faciès est bon. La malade prend du lait et des potages.

Le soir. T. 38°.

30 au matin. T. 37°4. On refait le pansement. Un suintement très louche s'écoule par le drain. Le ventre est souple et plat. Les garde-robes sont régulières. La nourriture est toujours composée de lait et de potages.

Le soir. T. 38°1.

Le 31 au matin. T. 37°5.

Le soir. T. 38°5.

1^{er} novembre, matin. T. 37°8. On refait le pansement. Le trajet du drain suppure franchement. La malade accuse toujours quelques douleurs dans l'hypocondre.

Le soir. T. 37°8.

2 novembre, au matin. T. 38°2. Le pansement est fait; la suppuration est abondante. Légère alimentation. On transporte la malade dans la salle commune.

A partir de ce moment jusqu'au 8 novembre, les pansements sont faits tous les jours. Puis tous les 2 jours. Le 13, on enlève le drain. Dès lors, on ne fait plus de pansements que tous les trois jours.

La malade sort le 3 décembre, avec un petit trajet fistuleux. Un léger épanchement survenu dans le genou a disparu. Aucune douleur dans le ventre.

OBSERVATION VII.

Kyste du ligament large gauche. Ovaire kystique à droite
(malade opérée le 20 septembre 1888, dans le service
de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, par
M. le docteur Quénu).

Marie C..., âgée de 34 ans, n'a rien de spécial dans
ses antécédents héréditaires.

Personnellement, elle eut à 12 ans la fièvre typhoïde.
Elle fut réglée à 16 ans 1/2. Ses règles vinrent irréguliè-
rement. De 18 à 19 ans, elle devait s'aliter tous les
mois lors de l'apparition des règles. A 19 ans, elle ac-
couche à terme.

Cinq ou six semaines après son retour de couches,
elle éprouve des douleurs abdominales qui l'obligent à
prendre le lit pendant un mois.

A 20 ans, elle vient à Paris.

De 20 à 30 ans, les règles sont irrégulières. A 30 ans,
de nouveau, apparition de douleurs dans tout le ventre,
principalement au moment des règles.

A deux reprises, dans l'intervalle des règles, elle fut
prise de douleurs dans l'abdomen et resta couchée pen-
dant plusieurs jours. Les règles augmentèrent bientôt
de fréquence et réapparurent tous les quinze jours,
durant 4 ou 5 jours.

Il y a 3 ans, la malade fut traitée pour une péritonite
à l'hôpital Lariboisière. Elle y resta deux mois. A cette
époque, les symptômes qu'elle dit avoir eus sont surtout :
le ventre ballonné et très douloureux; jamais de vomisse-
ments. Le traitement institué fut le suivant : l'application
d'une vessie de glace sur l'abdomen.

Après cette maladie, elle eut un arrêt des règles pendant cinq mois. Lors de leur retour, elles avancèrent en général de 3 ou 4 jours et furent légèrement douloureuses au début.

Depuis sa péritonite, elle n'a jamais été bien portante et a toujours éprouvé des douleurs dans le ventre.

Elle vient à l'hôpital Bichat parce qu'elle a constaté une grosseur dans le côté droit de l'abdomen, grosseur qu'elle dit avoir depuis 10 mois.

Son état général n'est pas noté.

État local. — Au toucher, on sent le col porté en avant, immédiatement derrière la symphyse.

En arrière du col, on sent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur se continuant dans le cul-de-sac latéral droit, faisant corps avec une masse trouvée dans la fosse iliaque gauche.

Les mouvements imprimés à la masse de la fosse iliaque se transmettent aussi, mais imparfaitement, à la masse indurée du cul-de-sac postérieur.

Opération le 20 septembre 1881, par M. le docteur Quénu.

Incision de la paroi abdominale. Pas d'ascite.

On trouve, dans la fosse iliaque droite, une masse mamelonnée grisâtre, adhérente en haut à l'intestin, en bas à la paroi de la fosse iliaque. Il existe aussi des tractus fibreux, dont quelques-uns sont assez volumineux.

On décolle l'intestin avec l'ongle; cette manœuvre se fait avec une certaine difficulté.

Comme on hésite un peu sur la nature de cette masse bosselée (d'autant qu'à la percussion elle est sonore jus-

qu'à un certain point, bien que la tension soit grande). on ponctionne avec le trocart moyen de l'aspirateur Potain. Il ne sort rien. Mais, quand on enlève le trocart, il sort par l'orifice un liquide épais et visqueux, grisâtre.

La tumeur est décollée; on trouve un pédicule large, en forme de lame, constitué par le ligament large. On saisit avec une pince. Il est sectionné, et l'on y fait une ligature en chaîne à 3 anses.

Alors on voit, s'avancant plus loin que la ligne médiane, et déjà constatée dès le début, une tumeur à surface arrondie, lisse, qui refoule l'utérus à droite, débordant son fond et remplissant presque toute la partie antérieure de l'excavation pelvienne.

Sa couleur est gris bleuâtre. On y voit quelques vaisseaux, qui sont très peu volumineux. A gauche, cette tumeur s'étend jusqu'à la paroi latérale de l'excavation pelvienne. On détache une anse d'intestin qui y est adhérente. On pince et lie au catgut quelques vaisseaux sur cet intestin. On cherche à libérer la partie latérale de cette tumeur, mais on constate bientôt qu'elle est incluse dans le ligament large de ce côté, dont elle a écarté les feuillets. On commence la séparation d'avec le ligament large, accrochant et fixant les lèvres de celui-ci avec des pinces à pression.

Puis, M. Quénu vide la tumeur par ponction aspiratrice avec l'appareil Potain. Il s'écoule 150 grammes de liquide limpide, citrin, à peine visqueux. La tumeur s'affaisse à peu près complètement. On cherche à continuer la séparation d'avec le ligament large, mais les feuillets de celui-ci, surtout le postérieur, se déchirent.

On constate qu'en dehors, on a déchiré le péritoine pariétal, et mis à nu l'artère iliaque. Aussi décide-t-on de s'arrêter et de drainer, d'autant qu'il s'écoule du sang dans le petit bassin.

Trois points de suture au catgut sont faits sur le péritoine pariétal au niveau de la déchirure, afin d'empêcher l'intestin de s'y engager.

Après quelques recherches, on trouve deux artérioles qui donnent dans le ligament large décollé. Un point de ce ligament large décollé est réséqué. Dans cette résection, on coupe un cordon qui semble être le ligament rond.

Toilette du péritoine.

Suture de la paroi, à part l'angle inférieur où l'on fixe la poche.

Deux drains moyens y sont placés.

La poche s'enfonce très profondément entre les feuillets du ligament large, à 15 centimètres environ.

L'ovaire gauche était sain. On le sentait en arrière, au fond de la poche.

Rien dans le cul-de-sac de Douglas.

L'ovaire droit, absent, constituait probablement la masse polykystique enlevée à droite dans la fosse iliaque.

Durée de l'opération : 1 heure 20 minutes.

Guérie.

OBSERVATION VIII.

Kyste du ligament large (malade opérée par le docteur Hartmann).

La nommée M..., femme L..., âgée de 31 ans, sans profession, a été réglée à 12 ans. Pendant la première

année, elle eut des pertes abondantes, mais non douloureuses.

Depuis l'âge de 23 ans, les pertes ont été régulières et revenaient toutes les 3 semaines pendant 8 jours.

Elle s'est mariée à 19 ans et n'a jamais eu de grossesse.

En 1882, âgée de 21 ans, elle a commencé à souffrir du ventre et à perdre un peu en blanc.

En 1885, le ventre augmente de volume. M. le docteur Jacquelin (de Doulevant, Haute-Marne) lui dit qu'elle avait un kyste. Il lui fait deux ponctions qui amènent l'évacuation de 8 litres $1/2$ de liquide transparent et incolore comme de l'eau.

L'an dernier, en 1893, le ventre augmente de volume très rapidement en 15 jours. Le docteur Jacquelin fait une nouvelle ponction, cette fois de 3 litres $1/2$, d'un liquide clair.

Presque immédiatement après, le ventre recommence à grossir.

La malade entre à l'hôpital Bichat dans le service de M. le professeur Terrier.

Examen des urines :

Quantité par jour.	650 cmc.
Densité.	1028
Réaction.	Acide.
Aspect.	Jaune pâle.
Urée.	22 gr. par 24 h.

Ni sucre, ni albumine.

Opération le 28 juillet 1894, par M. le docteur Hartmann, aidé de M. Malherbe, interne du service. Chloroformisation par M. le docteur Magill.

Incision médiane sous-ombilicale.

La tumeur a une forme arrondie, à surface grenue, chagrinée. Pas d'adhérences épiploïques.

Ponction; évacuation de liquide citrin, 2 litres.

Le kyste ne se laissant pas amener, nous agrandissons un peu et constatons que la tumeur est confondue avec l'utérus et s'étend d'une fosse iliaque à l'autre dans l'intérieur des ligaments larges.

En avant, elle est fusionnée avec le cul-de-sac postérieur du vagin, comme on s'en assure en faisant pratiquer, par l'un des deux aides, le toucher vaginal.

Nous incisons alors une couche d'un demi à deux tiers de centimètres d'épaisseur, ayant l'aspect d'une couche musculaire utérine, et nous commençons la décortication de la poche kystique, après avoir placé sur la lèvre inférieure de notre incision une couronne de pinces. Cette décortication se fait assez facilement. Cependant, en avant, elle est pénible.

Il est facile de s'assurer, une fois la décortication un peu avancée, que, dans cette région, la loge est constituée par la face postérieure de l'utérus.

En 3 ou 4 points, section de vaisseaux qu'il faut pincer; mais, en aucun endroit, il n'y a à proprement parler de pédicule de la tumeur.

Nous descendons ainsi jusqu'en arrière du cul-de-sac vaginal postérieur et des culs-de-sac latéraux, ce que l'on constate parfaitement, grâce au doigt vaginal de l'aide.

La poche est fixée à l'incision pariétale; elle est tamponnée avec une mèche de gaz iodoformée.

Le péritoine est suturé avec de la soie, et la peau avec des crins. Les muscles aussi suturés.

Les annexes n'ont pas été découvertes pendant l'opération, ni d'un côté, ni de l'autre.

A droite cependant, existait étalé sur la face latérale de la tumeur, un tractus rappelant une trompe adhérente.

Il n'y avait pas d'adhérences au fond du cul-de-sac recto-utérin. Toutes les manœuvres ont été, du reste, intra-ligamentaires.

Suites opératoires. — Le soir de l'intervention, la température était de 38°2, le pouls 92, la respiration 24.

Le lendemain matin, la température était de 37°6, le pouls 104, la respiration 32.

Le lendemain soir, la température était de 38°1, le pouls 112, la respiration 32.

Deux jours après l'opération, le matin, la température était de 37°7, le pouls 100, la température 24.

Le soir, la température était de 38°4, le pouls 105. Ce jour-là, la malade rend des gaz, urine seule, et, en 24 heures, elle avait émis 800 grammes d'urine. On lui défait son pansement, qui contenait beaucoup de suintement sanguinolent. On retire la gaze, qui est remplacée par un drain. Le lendemain, la température descendait à 37° le matin, les pulsations étaient au nombre de 100; le soir, la température était de 37°6, avec 102 pulsations. Le jour suivant, la température atteignait 37°6 le matin; un pansement est fait, le drain est supprimé, et, le soir, la température était de 37°4.

A partir de ce moment jusqu'au départ, l'opérée eut une courbe à peu près régulière : 37°2 le matin, 37°3 à 37°5 le soir.

Le neuvième jour, M. Hartmann enlève les fils.

Le 20 août, l'opérée quitte l'hôpital. La cicatrice commence à 2 centimètres au-dessus du pubis et s'étend sur une longueur de 8 centimètres. Elle s'arrête à 2 centimètres 1/2 au-dessous de l'ombilic.

A 2 centimètres 1/2 au-dessus de la partie inférieure, dépression au point où se trouve le drain.

Le col regarde en arrière. Le corps est entouré d'une masse qui rejoint la paroi au niveau de l'endroit où se trouvait placé le drain.

Cependant, le tout est mobile et indolent.

OBSERVATION IX

Kyste inclus dans le ligament large. — Ablation. — Suture du ligament large à la plaie abdominale. — Drainage. — Guérison après des accidents passagers de manie.

A..., Philomène, âgée de 37 ans, profession tapissière, entre dans le service de M. le professeur Terrier le 24 juillet 1889, salle Chassaignac, hôpital Bichat.

Dernière apparition des règles, cessées le 21 juillet.

Réglée à 16 ans, sans accident; dès le début, les règles vinrent assez régulièrement, elles avançaient régulièrement tous les mois de 3 à 6 jours, coulaient abondamment pendant 3 jours, puis traînaient pendant les 4 suivants.

Les règles ne subirent pas de modifications à la suite du mariage; une seule fois, il y a 3 ans, il y eut au moment d'une époque menstruelle une perte assez abondante.

Depuis 7 ans, la malade éprouve quelques douleurs de reins; mais ce n'est que dans les 7 derniers mois qu'elle a noté un accroissement de volume du ventre, accroisse-

ment qui est devenu considérable dans ces 2 derniers mois. Depuis cette époque, elle a quelques troubles digestifs, de la dyspepsie flatulente.

Jamais de grossesse, pas de maladie grave.

Mère bien portante, père mort d'accident, une sœur et un frère bien portants. Une sœur morte de méningite à 22 ans.

26 juillet. Le ventre est développé, surtout dans la partie sous-ombilicale, saillant en avant, asymétrique; on note une voussure saillante sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Aucune altération de la peau; pas de réseau veineux, pas de déplissement de l'ombilic.

Circonférence ombilicale	89 c.
D'ombilic à appendice xiphoïde.	23 c.
— à pubis.	16 c.
— à épine iliaque antéro-sup. droite. .	21,5.
— — — — — gauche.	21.

A la percussion, la plus grande partie de l'abdomen rend un son mat; on retrouve de la sonorité à la partie postérieure des flancs, dans les hypocondres et à l'épigastre.

Le palper permet de constater l'existence d'une tumeur dure, tendue, dépressible cependant, indolente dans presque toute son étendue; un seul point est un peu sensible, au voisinage de l'hypocondre gauche.

Cette tumeur est lisse et régulière; on y trouve une sensation de flot manifeste dans toutes les directions. Elle est mobile dans une certaine mesure et l'on peut enfoncer les doigts entre elle et les fosses iliaques.

Au toucher vaginal, le col occupe sa situation normale, il est un peu inégal, son orifice est petit.

Les culs-de-sac ont conservé leur profondeur normale, ils sont souples à part le cul-de-sac postérieur où le doigt éprouve une certaine résistance. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent intégralement au col; lorsqu'on cherche à mouvoir celui-ci, on n'arrive qu'à produire des mouvements très limités.

Aucun trouble fonctionnel. Etat général bon.

30 juillet. Laparotomie. — On tombe sur un kyste inclus dans le ligament large du côté droit. Des anses d'intestin grêle adhèrent en arrière; le cæcum et l'appendice cæcal adhèrent à droite.

Enucléation. — Suture du ligament large à la partie inférieure de la plaie abdominale.

Pendant la journée, vomissements verdâtres répétés; la nuit cependant est bonne, un litre d'urine.

31 juillet. La malade urine seule. Température normale et pouls aussi.

1^{er} août. Gaz par l'anus. Température normale.

3 août. Ecoulement sanguin vaginal. Température normale.

10 août. Pansement. On enlève 13 fils d'argent.

17 août. Pansement. On enlève les 5 derniers fils d'argent.

21 août. Pansement. On supprime le drain.

La malade continue à aller bien les jours suivants; mais pendant les premiers jours de septembre elle refuse de manger; elle veut se laisser mourir de faim pour se punir d'avoir volé une éponge; elle nous demande chaque jour pardon. Grâce à ce fait que nous ne lui promet-

tons son pardon qu'à la condition qu'elle mange et que nous lui commandons absolument de manger, elle se décide à prendre quelque chose; mais il faut presque chaque jour renouveler ses objurgations et même rester quelquefois à côté d'elle pour lui faire prendre quelque chose.

Cela dure jusqu'au 11 septembre; à ce moment la plaie est presque comblée et la malade retourne chez elle.

Dès qu'elle y est, sa manie cesse et elle mange parfaitement.

Nous la revoyons le 8 octobre complètement guérie.

Les renseignements que nous avons obtenus sur elle ne nous ont révélé qu'une certaine tendance au délire de la persécution. Cette malade se préoccupe toujours de ce qu'on peut dire et penser d'elle.

OBSERVATION X

Kyste du ligament large.

Adèle D..., femme L..., âgée de 39 ans, blanchisseuse, entre le 12 septembre 1890, salle Chassaignac, dans le service de M. le professeur Terrier.

Elle se plaint de souffrir du ventre depuis deux ans environ.

Le 1^{er} septembre 1890, elle ressentit des douleurs abdominales telles, qu'elle dut prendre le lit; quelques jours après elle se leva, mais ne put travailler.

Les règles qui ne devaient venir que le 18 apparaissent le 8 et durèrent du 8 au 14.

Jamais elle n'a suivi aucun traitement.

Elle a été réglée à 13 ans, sans accidents.

Elle se marie à 22 ans.

Un accouchement à terme, il y a 18 ans, s'est passé sans accident.

Depuis environ 2 ans, pertes blanches. A cette époque, on aurait constaté chez elle un prolapsus utérin.

Depuis 2 mois, les règles se rapprochent un peu, deviennent plus abondantes, durent plus longtemps : 8 jours au lieu de 4 jours, durée ordinaire.

17 septembre. Rien à l'inspection du ventre.

Au palper, on constate l'existence d'une tumeur de forme générale arrondie qui occupe une partie de la fosse iliaque gauche et s'arrête supérieurement à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

A droite, cette tumeur dépasse la ligne médiane de deux ou trois travers de doigt.

Cette tumeur est dépressible, sensible à la pression. Elle ne présente de matité franche en aucun point.

Au toucher vaginal on trouve : un col bas, près de la vulve; il est collé immédiatement contre la symphyse. Son orifice admet la pulpe du doigt.

L'utérus est fixé au milieu d'une masse retrouvée par le toucher des culs-de-sac.

Le cul-de-sac latéral droit, le cul-de-sac postérieur, le cul-de-sac latéral gauche, sont envahis par une masse séparée du col par un sillon, et l'entourant dans sa concavité.

La pression sur la tumeur abdominale combinée avec le toucher vaginal, permet de constater dans la portion vaginale deux parties : une, dure; l'autre, bombée, moins dure, est située en avant contre la symphyse.

Opération, le 20 septembre 1890, par M. le docteur Hartmann. M. le docteur Broca, aide.

La paroi abdominale est grasse. Nous tombons sur le muscle droit, l'incision de l'aponévrose n'ayant pas été exactement médiane.

La cavité ouverte, nous voyons, émergeant du bassin, une tumeur arrondie sur laquelle se fixe l'épiploon, on le décolle facilement.

Des anses intestinales adhérentes sont libérées en arrière de la partie convexe et latéralement.

Ponction de la tumeur, il s'écoule $\frac{3}{4}$ de litre d'un liquide citrin non visqueux.

La tumeur est enclavée dans le ligament large.

Le ligament large est incisé circulairement, on applique une couronne de pinces. Une compresse recouvre les intestins adhérents et l'épiploon.

Nous commençons à décortiquer péniblement la tumeur, travaillant constamment dans l'intérieur du ligament large.

Une fois la décortication à demi-faite, nous plaçons une pince longue sur le kyste qui s'est rompu. Nous sectionnons la partie libérée et continuons le décollement.

Nous arrivons à extirper la totalité de la poche, sans trouver de pédicule en aucun point.

Mais alors nous constatons une hémorrhagie en nappe qui s'arrête momentanément par la compression des éponges, mais reparaît immédiatement. Quelques vaisseaux sont pincés et liés, mais c'est insuffisant pour arrêter l'hémorrhagie qui remplit immédiatement le fond de la cavité extrêmement profonde qui résulte de la décortication du kyste des feuilletts du ligament large.

On applique une éponge montée sur une pince, dans ce fond, et l'on fait une suture à étages dans la partie supérieure de l'incision abdominale.

La cavité est rétrécie par des sutures fixant le ligament large à chacune des lèvres de la paroi la plus supérieure, et la plus inférieure réunissant la cavité aux deux lèvres et la séparant entièrement de la cavité abdominale.

Nous enlevons alors l'éponge; le saignement reparaît. Nous faisons un tamponnement de la cavité avec une lanière de gaze iodoformée dont le bout ressort par la plaie.

L'opération a eu une durée de 1 h. 45 m.; les pulsations à la fin de l'opération étaient au nombre de 76; on a dû faire inhaler 45 grammes de chloroforme.

Suites opératoires. — Le 20 au soir, T. 37°4, P. 64, R. 24. La malade urine seule.

Le 21 au matin, T. 37°, P. 88, R. 28. La malade a uriné 500 grammes.; soir, T. 38°2, P. 96, R. 28.

Le 22 matin, T. 37°, P. 88. Gaz par l'anus; soir, T. 37°8, P. 88.

Le 23 matin, T. 37°8, P. 88. On donne un lavement boriqué; soir, T. 38°, P. 90.

Le 24 matin, T. 37°2, P. 88. On refait le pansement, car il s'est écoulé un suintement rousseâtre et épais; soir, T. 37°6. A partir de ce moment, la température devient normale: 37° le matin, 37°2 le soir. Urine en moyenne 7 à 800 grammes.

Le 2 octobre le drain est enlevé.

L'opérée sort le 15 novembre; elle est guérie. Sa cicatrice commence à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic; elle mesure 9 centimètres de long et s'arrête à 3 centimètres au-dessus du pubis.

La dépression correspondant à l'orifice du drain se trouve à 3 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de la cicatrice.

Le ventre est souple partout, il est indolent.

Pas d'éventration.

Elle a été revue le 16 juillet 1892, elle se trouvait toujours en bonne santé. Ses règles, régulières, avançaient de 2 à 3 jours. Quelques douleurs à leur début.

OBSERVATION XI.

Kyste uniloculaire du ligament large (service de M. le professeur Terrier. Hôpital Bichat. Opération par M. Terrier.

Florence H..., femme C..., âgée de 48 ans. A été réglée à 13 ans et, par la suite, toujours très régulièrement.

La menstruation a toujours été douloureuse et toujours abondante. Jamais de pertes blanches.

Mariée à 19 ans; elle a fait une fausse-couche de 4 mois à 20 ans; c'est la seule grossesse qu'elle ait eue.

Depuis ce moment, constamment elle est sujette à des malaises. Elle dit avoir eu fréquemment une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Chaque année, elle ressentait une douleur sourde dans le ventre, dont la durée était de quelques jours, et qui l'obligeait à cesser son travail.

A différentes reprises, elle a consulté des médecins qui l'ont traitée par des cataplasmes et des vésicatoires sur le ventre.

C'est seulement en mai 1891 qu'elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume.

En somme, elle n'accuse aucune douleur particulière, mais une simple sensation de pesanteur et une gêne dans la marche.

Pas de portes. Si elle vient à l'hôpital, c'est à cause de son ventre qui a grossi.

En palpant l'abdomen, on a la sensation d'une tumeur présentant à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme. On peut la déplacer par des mouvements de latéralité. Cette tumeur paraît ovoïde, et placée en avant de l'utérus.

Les mains, appliquées alternativement à sa surface, déterminent la sensation de la fluctuation.

La zone de matité occupe toujours la ligne médiane et s'étend jusqu'à 5 ou 6 centimètres à droite et à gauche de cette ligne, quelle que soit la position occupée par la malade, qu'elle soit couchée sur le flanc droit ou sur le flanc gauche.

Le toucher montre un utérus auquel on peut imprimer des mouvements non douloureux. Il est légèrement porté en arrière. Les mouvements plus amples semblent cependant se propager à la tumeur; de même qu'en touchant la malade, on sent parfaitement que l'utérus suit les déplacements qu'on imprime à la tumeur avec la main placée sur l'abdomen.

La mensuration de l'abdomen donne :

De l'ombilic à l'ép. il. ant. sup. gauche. . . 22 cent.

— — droite. . . 25 —

Circonférence au niveau de l'ombilic. . . . 90 —

8 mars 1892, *opération*. — La malade est endormie au chloroforme par M. Matton. M. le professeur Terrier, aidé de M. le docteur Broca, pratique sur la ligne blanche une incision de 12 à 14 centimètres.

Il se présente alors une tumeur lisse, arrondie, qu'on

ponctionne avec le gros trocart aspirateur. Il s'écoule 2 litres d'un liquide clair, légèrement citrin.

Le kyste est ensuite saisi avec 2 grosses pinces à kystes, et libéré de quelques adhérences. C'est un kyste uniloculaire, siégeant dans le ligament large du côté gauche.

Pédiculisation à l'aide de gros fils de soie, et section.

La surface est touchée au bichlorure, et la toilette du petit bassin étant faite, on referme le ventre comme d'habitude, par 3 plans de suture.

Pansement : poudre et gaze iodoformée. Ouate. Bandage de corps.

Durée de l'opération : 45 minutes.

Quantité de chloroforme employé : 50 grammes.

La poche enlevée est uniloculaire; elle contenait deux litres d'un liquide citrin. Vide, elle pèse 90 grammes. La paroi est mince, composée de 3 tuniques distinctes qu'on peut décoller. Un lambeau de ligament large y adhère, mais peut en être séparé par décollement.

Suites opératoires. — Le soir. T. 37°2. Elle urine seule. P. 72, R. 24.

Les deux jours qui suivent, la température est normale : 37° le matin, 37°2 le soir. Les pulsations, au nombre de 80 à 88. La respiration, 24.

Pansement et ablation des fils, 8 jours après l'opération. Elévation de température jusqu'à 38°6 le soir, pendant les 2 jours qui suivirent. Puis, température normale jusqu'à la sortie de la malade, 24 jours après l'opération, le 31 mars 1892.

Au mois de juillet de la même année, l'opérée revient consulter à l'hôpital, après un séjour de trois mois à la campagne. Elle raconte qu'immédiatement après sa sortie

du service, trois jours après son arrivée à la campagne, un abcès s'est ouvert sur la ligne de suture; il est resté fistuleux et ne s'est fermé, dit-elle, qu'il y a huit jours; mais il s'est ouvert de nouveau trois jours après, c'est-à-dire dimanche 26 juillet.

En même temps que son abcès s'est ouvert, elle était prise de bronchite avec albuminurie; elle a dû prendre le lit et s'est mise au régime lacté pendant quatre semaines. Son urine, examinée pendant un mois, ne contenait plus d'albumine.

Aujourd'hui, elle présente à l'abdomen, sur la ligne de suture, un orifice fistuleux qui suppure. Il existe, dans la région ombilicale et dans la région de la fosse iliaque, une large induration.

OBSERVATION XII.

Kyste du ligament large.

Henriette M..., âgée de 25 ans, entre à l'hôpital Bichat dans le service de M. le professeur Terrier, le 16 août 1889.

Elle eut pour la première fois ses règles, à l'âge de 14 ans, sans accident. Elle les a toujours vu revenir régulièrement tous les mois, pendant cinq jours, s'accompagnant de quelques douleurs au début; elles étaient abondantes et contenaient, pendant les deux premiers jours, quelques caillots.

Il y a trois ans, accouchement à terme, sans accident. Pas d'autre grossesse.

La malade n'avait jamais rien éprouvé de spécial du côté de l'utérus, lorsque, le 20 juin 1889, elle fut prise presque immédiatement, après la fin de ses règles qui

étaient venues comme à l'ordinaire, de douleurs abdominales, de fièvre, d'anorexie, de diarrhée.

Les douleurs et l'état fébrile durèrent une dizaine de jours, sans cependant obliger la malade à garder complètement le lit. Ces douleurs étaient surtout marquées lorsque la malade s'asseyait : il lui semblait qu'elle se posait « sur une glande sensible », pour employer son expression. Debout, le mal diminuait notablement. Ces douleurs furent très intenses pendant quatre jours, puis cessèrent pour reparaître ensuite et ne disparaître définitivement qu'au bout de quelque temps.

Dès le quatrième jour, la malade perdit des matières jaunâtres, mélange de sang et d'un liquide puriforme. Cet écoulement dura environ trois semaines, se modifiant peu et devenant complètement blanc vers la fin.

La malade ne peut préciser exactement la date du début de la tumeur abdominale. Elle croit que le ventre était déjà un peu plus gros avant la crise douloureuse dont nous venons de parler, et, depuis lors, il ne lui semble pas qu'il y ait eu des modifications dans son volume.

Les règles qui suivirent avancèrent constamment de 4 ou 5 jours ; elles furent abondantes, accompagnées de caillots, mais peu douloureuses. Les pertes jaunâtres et les crises douloureuses du début n'ont jamais reparu, mais la malade se fatigue facilement.

Les dernières règles sont venues le 27 juillet.

8 août. Le ventre est un peu augmenté de volume, la peau normale. Il est asymétrique par suite de l'existence d'une tumeur dans sa partie inférieure droite, et d'une voussure un peu moins marquée au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

La percussion ne donne que de la sonorité dans toute l'étendue de l'abdomen. Celui-ci est souple, et il est facile de constater par le palper l'existence, au-dessus de l'arcade crurale droite, d'une tumeur rénitente, mobile, qui se prolonge vers la ligne médiane qu'elle dépasse.

Le col utérin, assez près de la vulve et refoulé vers le pubis, est régulier, indolent ; il regarde un peu en arrière.

Les culs-de-sac latéraux sont libres ; mais, dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une tumeur arrondie, qui, ainsi qu'on peut s'en assurer par le palper, remonte à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur, qui va vers les deux fosses iliaques, surtout vers la droite, est mobile latéralement ; elle est indolente, d'une consistance ferme, un peu rénitente. Les mouvements qu'on lui imprime se transmettent en partie au col, qui jouit d'un certain degré de mobilité latérale.

Laparotomie le 14 septembre, par M. le docteur Hartmann.

La chloroformisation a été longue, pénible. Rêves érotiques.

Incision de la paroi abdominale.

On tombe sur une tumeur de coloration un peu brune, avec de nombreuses adhérences à l'intestin.

On enlève, après ponction et évacuation de 600 grammes de liquide, une poche incluse dans le ligament large.

Ablation des annexes des deux côtés.

Pas de drainage.

Analyse du liquide du kyste :

Volume soumis à l'analyse. 540 cmc.

Densité. 1015

Réaction. Faiblement alcaline.

Substances dissoutes :

Matières fixes à + 110°. . . .	44 gr. 75	par litre.
Résidu minéral.	7 gr. 75	—
Matières organiques.	37 gr. »	—
Chlorure de sodium	7 gr. 50	—
Albumine.	3 gr. 28	—
Matières grasses.	0 gr. 55	—

Suites opératoires. — Vomissements chloroformiques des plus pénibles, qui ne cessent que le 17 septembre.

L'opérée, à part ces vomissements, a constamment été très bien.

La température était presque invariablement de 37° le matin, 37°4 le soir, à part un jour où elle s'est maintenue à 38° matin et soir et le lendemain, où elle atteint 38°6.

Dès le 16 au matin, elle rendit spontanément des gaz par l'anus.

Le 18, apparaissait un écoulement sanguin vulvaire.

Le 20, pansement; on enlève 5 fils d'argent.

La malade sort guérie le 8 octobre 1889.

OBSERVATION XIII

Double kyste ovarique inclus dans le ligament large.

R. . ., Angèle, âgée de 41 ans, couturière, entre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier. Opérée par M. le docteur Hartmann.

Sa mère est morte d'une maladie de cœur et son père d'une fluxion de poitrine. Elle a un frère et une sœur qui sont bien portants. Elle-même a été bien portante jusqu'à 15 ans. Réglée à 15 ans. Depuis, ses règles durent 1 jour et demi ou 2; elles sont très douloureuses,

assez irrégulières et retardent de quelques jours.

A 18 ans, elle eut une fluxion de poitrine et reste 2 mois alitée. A 22 ans, grossesse, accouchement à terme d'un enfant bien portant. A 23 ans, la malade vient à Paris. A partir de son accouchement, elle eut des pertes blanches continuelles, mais peu abondantes. Ses règles sont toujours en retard, peu abondantes et douloureuses. La constipation est habituelle. Céphalalgie fréquente.

Jusqu'à 32 ans, la santé est bonne.

A 32 ans, pleurésie gauche. La malade reste 12 à 13 mois alitée. De 33 à 36 ans, elle est bien portante, à part des maux de tête revenant assez souvent, et des pertes blanches venant environ une dizaine de jours avant les règles. A 36 ans, fièvre typhoïde. La malade est alitée et convalescente durant 7 mois.

Depuis la convalescence, elle est prise, en dehors de ses règles, de douleurs abdominales, siégeant à gauche; douleurs augmentant au moment des règles qui ne diminuaient ni n'augmentaient. Les douleurs restent les mêmes pendant quatre ans, jusqu'en 1893.

Au mois de juin 1893, la malade s'aperçut qu'elle portait une grosseur à la région abdominale gauche; grosseur ne dépassant pas la ligne médiane; de juin à novembre, les pertes blanches sont peu abondantes; depuis le commencement de novembre elles ont augmenté. Le 13 novembre, règles normales; le 20 novembre, pertes blanches tachées de filets de sang.

Etat actuel, 27 novembre 1893. — Figure un peu amaigrie. La malade dit avoir perdu 7 à 8 livres en 1 mois. Elle se lève dans la journée et marche sans trop de fatigue. Le ventre est augmenté de volume, ayant la forme

étalée de l'ascite. La cicatrice ombilicale n'est pas distendue. La ligne blanche est sans grande coloration. Vergétures peu apparentes.

Circonférence au milieu de l'ombilic	94 c.
De la pointe de l'appendice xiph. à l'ombilic	16 c.
Du pubis à l'ombilic	16 c.
De l'ombilic à l'épine iliaque ant.-sup. droite.	18 c.
— — — — gauche.	18 c.

A la percussion. La matité s'élève en haut, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic; elle dépasse la ligne médiane à gauche, occupe la fosse iliaque gauche.

A droite, on trouve seulement de la sub-matité. A gauche, la percussion est très douloureuse.

A la palpation. On sent une masse arrondie, glissant sous la peau abdominale, occupant la cavité abdominale, à paroi semblant plus épaisse et plus dure à gauche; à paroi plus souple à droite.

Le 11 décembre. Mensurations :

Circonférence à l'ombilic	98 c.
De la pointe de l'ombilic à l'appendice	19 c.
Du pubis à l'ombilic	18 c.
De l'ombilic aux épin. iliaq. droite et gauche.	20 c.

Au toucher. On sent le col gros, porté en haut, appliqué contre le pubis et dirigé à gauche. Une masse charnue, du volume d'une noix, fait saillie, encerclée par le col. Les mouvements provoqués par le palper abdominal se transmettent intégralement à cette saillie. Le toucher provoque un léger écoulement sanguin.

Les urines dont la quantité est de 500 cmc., sont acides, leur densité est de 1024; l'urée est dans les propor-

tions de 23 grammes par litre. Pas de sucre, pas d'albumine, pas de pigments biliaires.

Opération, le 12 décembre 1893, par M. le docteur Hartmann, aidé par MM. Guillemain et Du Bouchet.

A droite, énucléation difficile d'une masse polykystique surmontée de la trompe, s'enfonçant dans le ligament large droit, jusqu'au plancher périnéal. Il existe 2 PÉDICULES : un en dehors, un sur l'utérus. Quelques ligatures sont faites sur le reste du ligament large.

A gauche, masse polykystique ayant dédoublé l'organe allant jusqu'au gros intestin.

2 PÉDICULES. Ecoulement sanguin très abondant. L'utérus était en quelque sorte fusionné et perdu au milieu de ces masses qui empiétaient sur ses faces.

Un gros drain est placé dans le cul-de-sac postérieur.

Guérison le 10 février.

CONCLUSIONS

I.— Nous avons montré que l'on peut établir aujourd'hui une classification indiscutable des kystes des ligaments larges, puisqu'elle est basée sur l'anatomie pathologique, la clinique et la médecine opératoire.

Cette classification consiste à distinguer :

1° des kystes du parovarium.

2° des kystes inclus dans les ligaments larges :

a). Kystes à paroi lisse. b). Kyste à paroi végétante.

II.— Nous avons en outre, dans ce travail, indiqué

que les variétés de kystes des ligaments larges étaient assez nombreuses pour mériter un chapitre spécial.

III. — L'étude des complications, incomplète jusqu'alors, est assez longuement exposée pour que nous osons dire que nous sommes le premier qui en ayons fait une étude complète.

Vu, le Président de la Thèse :

TERRIER

Vu, pour le Doyen :

L'Assesseur : C. POTAIN.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES FRANÇAIS

- Terrillon.** — Structure et pronostic des kystes paraovariens. Ann. gyn. Paris, 1888.
- Mangin.** — Aperçu de l'étude des kystes paraovariques à propos d'un kyste séreux du ligament large. V. Archiv. d'obst. et de gyn. Paris, 1888.
- Mangin.** — Sur une variété de kystes paraovariens. Rapport par L. P. Richelot, Bull. et Mém. Soc. obst. et gyn. Paris, 1888.
- Lannelongue.** — Kyste du parovarium. Leçon de clin. chirurgic., 1888.
- Terrillon.** — Sur une variété de kystes paraovariens et ses rapports avec les kystes de l'ovaire. Bull. Mém. Soc. chir. Paris, 1887.
- Polatillon.** — Rapport sur un mémoire de M. C. Cautois intitulé : Sur l'ovariotomie dans les kystes paraovariens et sur l'ovariotomie pendant la grossesse. Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1885.
- Kœberlé.** — Des kystes paraovariques. Gaz. méd. de Strasbourg, 1886.
- Terrillon.** — Note sur les kystes paraovariques et leur traitement. Ann. gyn. Paris, 1885 et 1886.
- Kœberlé.** — Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie, l'hystérotomie et le cas de kystes inclus dans les ligaments larges. Gaz. méd. de Strasbourg, 1885.
- Hartmann (H.).** — Kyste dermoïde du ligament large. Progrès méd. Paris, 1884.
- Christen (P. E.).** — Etude sur les déplacements herniaires des kystes paraovariques. Thèse doct. Paris, 1886, n° 296.
- Gibler.** — Kyste du paraovarien pédiculé et mobile. Bull. Soc. anat. de Paris, 1881.

Grelot de Giromagny. — Kyste paraovarique guéri par la ponction simple. Journ. de méd. et chir. pratique. Paris, 1883.

Follin. — Thèse doct. Paris, 1880.

Pouiet et Bousquet. — Traité de chirurgie, t. III, p. 572.

Terrier (F.). — Kyste du parovarium. Trois ponctions sans succès. Ovariectomie. Guérison. Union méd. Paris, 1883. — Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1883.

Tédénat. — Kyste prolifère glandulaire du parovarium. V. Montp. méd., 1894.

Auvard. — Un kyste paraovarique. Soc. obst. et gyn. Paris, 12 janv. 1888.

Bulletins et Mémoires Soc. chir. 1882 (séance 19 juil.), 1884 (séance du 23 juil.), 1885 (séance 22 avr. et 29 juil.).

Gautrez. — Thèse doct. Paris, 1887. De la valeur de la ponction simple et des injections iodées dans les kystes séreux des ligaments larges.

Mourret. — Kyste paraovarique suppuré. Revue d'androl. et de gyn. Paris, 13 mai 1893, p. 41.

Guinard. — Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. Paris, 1894. Union méd.

Binaud et Chavannay. — Torsion du pédicule d'un kyste du parovaire. Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux, 31 mai 1896, p. 259.

Rendu (de Lyon). — Kyste dermoïde du ligament large. Ann. gyn., juil. 1896.

Cortiquera (Joaquim). — Kyste parov. Torsion du pédicule. Semaine gyn. Paris, 21 juil. 1896.

Toogood. — Grossesse compliquée d'un kyste paraovarique. Semaine gyn. Paris, 9 juin 1896.

Demons. — Rupture des kystes ovariens. Semaine gyn. Paris, 26 mai 1896.

Leguen (F.). — Kyste Wolfien du ligament large. Ann. gyn., févr. 1896, p. 114.

Petit (Paul). — Note sur la pathogénie des kystes paratubaires. Semaine gyn. Paris, 31 mars 1896.

- Reynier** (Paul). — De la fausse inclusion de certains kystes dans le ligament large. *Semaine gyn.* 17 mars 1896.
- Péan** (J.). — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. 1895.
- Herrera Vegas**. — Thèse doct. Paris, 1864.
- Rendu** (de Lyon). — Sur une contre-indication de la ponction des kystes uniloculaires ovariens ou parovariens. *Lyon méd.* 1895, t. II, p. 353.
- Girerd**. — Thèse Paris, 1894. Des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gärtner.
- Laroche**. — Thèse Paris, 1896 (juil.).
- Sebileau**. — Des tumeurs incluses dans le ligament large.
- Lassalle**. — Thèse Montpellier, 1891. Des tumeurs incluses dans le ligament large.
- Castaneda y Trlena**. — Thèse doct. Paris, 1882.
- Lannelongue** et **Achard**. — Traité des kystes congénitaux.
- Rendu** (J.). — Kyste du ligament large droit. Opération. Guérison. *Lyon méd.*, 1892.
- Guelliot** (O.). — Kyste inclus du ligament large. *Union méd. du Nor-Est. Reims*, 1893, t. XVII, p. 7.
- Vanheuvernewyn**. — Kyste de l'ovaire simulant un kyste parovarien. *Journ. des Soc. méd. de Lille*, 1893.
- Tillaux**. — Diagnostic des kystes de l'ovaire et des kystes du parovaire. *Ann. de gyn. et d'obst. Paris* 1893, p. 161-165.
- Audain**. — *Ann. et gyn. Paris*, 1893, p. 362-366.
- Richelot**. — Sur une variété de kystes parov. *Soc. obst. et gyn. Paris*, 1888.
- Villeneuve**. — Kyste suppuré du ligament large. *Ann. de l'École de méd. et pharm. de Marseille*, 1892.
- Fournel**. — Laparotomie pour un kyste parovarien. *Jour. de méd. de Paris*, 1892.
- Montprofit**. — Kyste du ligament large. *Bull. Soc. de méd. d'Angers*, 1889, p. 24-28.
- Poisson**. — Tumeur mixte du ligament large. *Bull. Soc. anat. de Nantes*, 1888.

OUVRAGES ÉTRANGERS

- Doran** (Alban). — Clinical and pathological observations on tumours of the ovary fallopian tubes, and broad ligament. Lond., 1884.
- Bandl**. — Demonstration einer exstirpten intraligamentar entwickelten cyste. Sitzungsber. geburtsh. Gesellsch. in Wien, 1888.
- Goodell**. — Double intra-ligamentary cysts. Obst. Gaz. Cincin., 1888.
- Small**. — Parovarian cyst of the right side, hydro-salpinx. Rep. Murdock tree. Surg. Hosp. for Women, 1887-88.
- Baer** (B. F.). — Broad ligament cyst. Journ. Am. M. Ass. Chicago, 1889.
- Hirst** (B. C.). — Intraligamentous cyst. Jour. Am. M. Ass. Chicago, 1889.
- Mordle** (Mc.). — Six consecutive laparotomies for cystic disease of the appendages uterine. Lancet. Lond., 1889.
- Edis**. — Cyst of broad ligament. Brit. M. Journ. Lond., 1889.
- Jabstrebhoff** (N. W.). Colpoparovaricocystotomia as operative method in intraligamentary cysts. J. akush i jensk boliez Saint-Petersbourg, 1888.
- Moseley** (W. E.). — Suppurating parovarian cyst. Maryland. M. J. Balt., 1888-89.
- Wylie** (W. G.). — Cyst of the broad ligament, laparotomy. Anomalous course of the ureter. Am. Journ. Obst. N. Y., 1889.
- Sacré**. — Kyste du ligament large à gauche. Journ. de méd. chir. pharm. Bruxelles, 1889.
- Fani** (A.). — Contributo all' studio dei cistomi ovarici e più specialmente di quelli intraligamentosi. Firenze, 1889. G. Barbera.
- Von Braun-Fernwald**. — Cistoma dermoidale ligamenti sin. Parovariotomi. Heilung. In: Eider (A), Aerztl. Bern, 1888.
- Kilian**. — Arch. für gyn., 1885, vol. 26.

- Goodell.** — Intraligamentary ovarian cysts. *Am., Journ. obst. N. Y.*, 1888, t. 21.
- Flerschütz.** — Ueber einen Fall non multilocularer Dermoidcyste des Eierstocks. *Deutsche Ztschr. f. Chir. Leipz.*, 1888.
- Reed** (C. A. L.). — Intra-ligamentary cysts of the ovary. *Cincin. Lancet clin.*, 1888.
- Kerr** (J. G.). — Laparotomy for removal of ovarian and parovarian tumors. *Pittsburgh. M. Rev.*, 1888.
- Murphy.** — Intra-ligamentous cyst removed. *Virginia. M. Month Richmond*, 1888-1889.
- Mr. Murty** (L. S.). — A case of intra-ligamentous ovarian cyst; general peritonis; universal adhesions, ovariectomy, recovery. *Chicago*, 1887.
- Byford** (H. T.). — Ovarian cyst in the broad ligament containing the degenerated ovary. *J. Am. M. Ass., Chicago*, 87.
- Albarran** (J). — Hernias de los quistos paraovarios. *Cron. med. quir de la Habana*, 1886.
- D'Antona** (A.). — Cisti del ligamento largo dritto; degenerazione cystica dell ovario sinistro. *Giorn. internaz d. sc. méd. Napoli*, 1886.
- Price.** — Double pyosalpinx with cyst of the right broad ligament and abscess of the ovary of the same side. *Phila., M. Times*, 1886-1887.
- Killian** (G.). — Zur Anatomia der Parovarialcysten, *Leipz.*, 1885. *Archiv. fur. gyn.*, t. 26.
- Bogaevski** (A. T.). — Cysta parovarii dextri intraligamentosa. *Polmoë vizdow Russk Med. Saint-Petersbrug*, 1885.
- Serret** (R.). — De los quistos paraovaricos. *Genio medic. quir Madrid*, 1886.
- Bomplani.** — Cisti intraligamentosa a larga base nella neta dextra del pavimento pelvico. *Bull. r. Arad med, di Roma*, 1884.
- Montgomery.** — Removal of parovarian cyst. *Phila., M. Times*, 1884-1885.
- Oliver** (J.). — Clinical remarks on a case of parovarian dropsy. *Brit. Med. Journ. Lond.*, 1885.

- Storchi** (T.). -- Cisti uniloculare del legamento largo sinistri dell'utero. Spallanzani Modena, 1884.
- Bilroth**. — Clinical lecture on the differential diagnosis between hydronophrosis and ovarian cyst. Med. Times et Gaz. Lond., 1865.
- Plasencia**. — Quiste ovarico doble, el derecho infiltrado en el ligamento ancho. Cron. med. quir de la Habana, 1885.
- Braun von Fernwald** (G.). — Cystoma parovarîi sinistri. Papilloma parovarîi dextri. In Eder (A.), Aertzl, Bern, 1884. Wien, 1885-1886.
- Thiriar** (J.). — Large multiloculare cyst of the right ovary; small cyst attached to the left broad ligament. Med. Press and Circ. Lond., 1885.
- Tait** (L.). — A series of one hundred and twelve consecutive operations for ovarian and parovarian cystoma without a death. Prov. M. Journ. Lond., 1885.
- Goodell**. — Parovarian cysts. Am. Journ. obst. N. Y., 1885.
- Fasola**. — Contributo alla tecnica operativa nei cistomi intraligamentosi dell'ovario. Ann. dei ostet. Milano, 1886.
- Schopf** (T.). — Intraligamentare ovarienecyste ovariectomie. Durchtrennung des ureters und Vereinigung durch die nacht. Allg. Wien med. ztg., 1886.
- Chiarleoni** (G.). Ovariectomia doppia per cisti del legamento largo di sinistra, e cistosarcoma dell'ovario destro. Milano, 1882.
- Alsberg** (A.). — Ovarial und parovarialcysten. Archiv. f. klin. chir., Berl., 1882-1883.
- Mundé**. — Ovarian cyst with limpid fluid simulating a ruptured broad ligament. Am. Journ. obst., N. Y., 1883.
- Carson** (N. B.). — Differential diagnosis of ovarian cysts and ruptures of the broad ligaments by means of an examination. Saint-Louis, Cour Med., 1882.
- Garrigues** (H. J.). — Diagnosis of ovarian cysts by means of their contents. N. Y., 1882.
- Polk**. — A parovarian cyst and a fibro-cyst of the same patient. N. Y. M. J., 1884.

- Cushier.** — Cyst of the parovarium simulating pregnancy. Med. Rec. N. Y., 1884.
- Netzel (W.).** — Laparotomi för parovariala och ovariala sölsster verkstaldes under avt på 36 parienter. Hygiea. Stockolm, 1884.
- Tuttle.** — Kyste du ligament large. Société obst. N. Y., séance 5 avril 1888.
- Ampt.** — Zur Histologie des Parovariums under cysten des Ligamentum latum. Cent. S. gyn., 1895, n° 34, p. 913.
- Doege (K. W.).** — Parovarian cyst complicated by the passage of renal calculi simulating and diagnosed as estopic gestation. Med. Rec. N. Y., 1895, II, 372.
- Ulmann (R.).** — Eine Dermoidcyste des linken ovarium von seltener Grösse. Entfernung durch Laparotomie, Heilung. Wiener Medizin Presse, 1895, n° 38.
- Kossmann.** — Nechnial zur Pathologie des parovariums. Cent. S. gyn., 1894.
- Mann.** — Intraligamentary cyst. Internat. clin. Phila., 1894.
- Janvrin.** — Hematoma of left broad ligament; cystic degeneration of right ovary. Am. Journ. Obst. N. Y., 1895, XXXI, 67.
- Rufus. B. Hall.** — Intra-ligamentous cyst. The Cincinnati Lancet Clinic, 26 janvier 1895, p. 99.
- Schultze.** — Echinococcus des rechten ovarium neben zahlreichen echinococcen des peritoneum, in Berl. Wien., 1894.
- Depage.** — Traitement des kystes du ligament large. Bulletin de la Société belge de Chirurgie, 1896, p. 398.
- Godart.** — Kyste papillomateux du ligament large. Bull. Société belge de gyn. et d'obst., 1896, n° 3, p. 58.
- Vindevogel.** — Appendicite. Péritonite. Kystes des trompes et des ligaments larges. Société belge d'anatomie patholog., 1^{er} semestre 1896.
- Lawson-Tait.** — Traité clinique des maladies des femmes, traduit de l'anglais, par Albert Bétria, 1891.
- Lion.** — Archive für pathologic anat., 1896, t. 144, fasc. 2. Sur un cas de kyste lymphatique des ligaments larges.

- Baer.** — Transactions of the obst. soc. of Philad., 1888, p. 622, Case of non papillary intra-ligamentous cyst.
- Kollock** (C.). — Intra-ligamentous ovarian cystoma. *Ann. gyn. on a Pediat. Phila.*, 1890.
- Fenton** (W. H.). — Removal of parovarian cyst. Hemiplegia seventh day from operation. *Brit. gyn., Journ. Lond.*, 1891.
- Veyra.** — Quiste paraovarico hyalimo. Diagnostico y. Operacion. *Cron. med. quir de la Habana*, 1891.
- Tansini.** — Cisti voluminosa del legamento largo. *Rassegna di sc. med. Modena*, 1891.
- Wathen** (W. H.). — Laparotomy for a malignant broad ligament cyst. *Tr. Texas. Med. Ass. Galveston*, 1891.
- Reamy.** — Intra-ligamentous cyst with twisted pedicle causing intestinal obstruction. *Med. News. Phila.*, 1891.
- Reed** (C. A. L.). — Large intra-ligamentary cyst; abdominal section. *Cincin. Lancet Clinic.*, 1891.
- Amescht** (Theodorus). — Ein seltener fall von Parovarialcyste. *Freiburg. B.* 1892. *Ströcher*, 28, p. 8.
- Cook.** — Case of laparotomy for cyst of ovary and broad ligament. *Tr. Mississipi. M. Ass. Jackson*, 1892.
- Cousins** (J. W.). — Case of large hematocele of the broad ligament and intra-cystic hemorrhage; peritonites. *Lance*, London, 1893.
- Clarke** (T. K.). — Ligature of the broad ligament. *Brit. M., Journ. Lond.*, 1893.
- Polk** (W. M.). — Opération upon the uterine appendages with a view to preserving the functions of ovulation and menstruation. *New-York. Journ. and obst.*, 1893.
- Rodgers** (M. A.). — Report of a case of unusually large parovarian cyst; operation. *Pittsburg. M. Rev.*, 1893.
- Batcheler** (F. C.). — Cystic formations in the broad ligament, their frequency diagnostic, and treatment. *N. Zealand. M. J. Dunedin*, 1893.
- Brigdi.** — Cistoma ovarico intraligamentoso. *Gazz. d. osp. Milano*, 1893.
- Mann.** — Parovarian cyst. removal. *Internat. clin. Phila.* 1893.

- Favell.** — A case of acute axial rotation of a parovarian cyst. Quart. M. J. Sheffield, 1893-94.
- Mann (M. B.).** — Cyst of the broad ligament from a patient sixty years old. thed. News. Phila., 1894.
- Roulh (A.).** — On cases of associated parovarian and vaginal cysts formed from a distended Gartner's duct. Med. Press and Circ. Lond., 1894.
- Wylie (W. G.).** — Intraligamentous cyst of the broad ligament weighing seventy-four pounds complicated by fibromata of several pounds.
- Depage.** — Un cas d'utérus trifide; kystes de l'ovaire et du ligament large. Opération abdomino-vaginale. Ann. Soc. belge chir. Bruxelles, 1894.
- Gangitano (C.).** — Alcune particolarità operative nelle cisti del ligamento largo con cinque casi Policlin. Roma, 1893-94.
- Gebhard.** — Zu dem Aufsatz. Polemisches di Pathologie des Parovariums betreffend in n° 34 des Centralblatts für Leipzig, 1894.
- Hofmoki (J.).** — Cystis ovarii intraligamentosa. Ovariectomy. Heilung Ber A. R. Krankenanst. Rudolph. Stiftung in Wien, 1888-89.
- Smith (R. T.).** — On tumour of the broad ligament. Brit gyn. J. Lond., 1889.
- Briddon (C. K.).** — Intraligamentous apt. operation, recovery. New-York, M. J. 1896.
- Ricketts.** — Cysts of the broad ligament; with report of three cases. Nashville J. M. and S., 1890.
- Skene (A. J. C.).** — Intraligamentous ovarian cystomata. Med. Rec. N. Y., 1890.
- Tansini.** — Cisterna intraligamentosa; laparotia, Gazz. d. osp. Milano, 1890.
- Stewart (R. W.).** — Cyst of the broad ligament. J. Med. Coll. Ohio. Cincin, 1890.
- Hall.** — Operation upon cyst of the broad ligament; report of a case. Cincin. Lancet Clinic, 1890.

- Noble** (C. P.). — A case of intraligamentous cyst of the left ovary, *Med. News Phila.*, 1890.
- Stark**. — Suppurating intraligamentous cyst with gangrenous nalls, removed. *Cincin. Lancet clin.*, 1890.
- Potter**. — Ovarian and ligamentous cyst co-existing in the same patient. Death from shock. *Buffalo. M. et S. J.*, 1890.
- Carson**. — Report of a case of hydatid cyst of the broad ligament. *Tr. Am. Ass. Obst. and gyn. Phila.*, 1890.
- Macphatter** (N.). — Cyst of the broad ligaments. *Tr. Colorado. M. Soc.*, 1890.
- Bishop** (S.). — Ovariectomy. recovery. *Med. Chron. Manchester*, 1893.
- Sutton** (J. B.). — *Tr. obst. Soc. Lond.*, 1892-93 contenant : ovarian dermoid, infiltration of broad ligament with fat.
- Rogers**. — Report of a case of unusually large parovarian cyst, operation recovery. *Ann. gy. J. Toledo*, 1893.
- Fabbri**. — Cisti profonde del legamento largo e del parametrio. *Atti Cong. gén. d. Ass. med. ital.* 1891. *Siena*, 1893.
- Ferrari**. — Tumori cistici delle ovaie e dei legamenti larghi dell utero. *Sala chir. d. Osp. magg. di Bergamo*, 1891.
- Lwof** (I. M.). — Ablation des kystes de l'ovaire et des annexes de l'utérus par le vagin. *Wrach. Saint-Petersb.*, 1892.
- Parvin**. (T.). — Removal of a cystic tumor of the broad ligament and cholecystotomy. *Indiana. M. J. Indianap.*, 1892-93.
- Rhett**. — The treatment of intraligamentary cysts by drainage and iodine injections. *Am. J. Obst. N. Y.*, 1892.

